

DE LA

N° 55

# PÉRITYPHLITE

---

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

Le 13 Août 1883

Par Jacques PARENT

Né à Toulouse, le 30 juillet 1859

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE TOULOUSE

*Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine*

---

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET CABIROU FRÈRES

RUES DURAND ET LEVAT

—  
1883

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✱ ✱..... DOYEN  
 CASTAN..... } ASSESSEURS  
 COMBAL..... }

## PROFESSEURS

|                                                    |                                                             |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <i>Opérations et appareils</i>                     | BOUISSON, O. ✱ ✱, D. HONORABLE                              |
| <i>Pathologie externe</i>                          | BOYER ✱.                                                    |
| <i>Accouchements</i>                               | DUMAS ✱.                                                    |
| <i>Clinique médicale</i>                           | DUPRÉ ✱ C. ✱.                                               |
| <i>Anatomie</i>                                    | BENOIT ✱ ✱.                                                 |
| <i>Clinique chirurgicale</i>                       | COURTY ✱.                                                   |
| <i>Clinique médicale</i>                           | COMBAL ✱ ✱.                                                 |
| <i>Clinique des maladies mentales et nerveuses</i> |                                                             |
| <i>Physique médicale</i>                           | CAVALIER ✱.                                                 |
| <i>Anatomie pathologique et histologie</i>         | MOITESSIER ✱.                                               |
| <i>Médecine légale et toxicologie</i>              | ESTOR.                                                      |
| <i>Clinique chirurgicale</i>                       | JAUMES.                                                     |
| <i>Chimie médicale et Pharmacie</i>                | DUBRUEIL ✱.                                                 |
| <i>Hygiène</i>                                     | ENGEL.                                                      |
| <i>Pathologie médicale</i>                         | BERTIN-SANS.                                                |
| <i>Thérapeutique et Matière médicale</i>           | CASTAN.                                                     |
| <i>Botanique et Histoire naturelle médicales</i>   | GRASSET.                                                    |
| <i>Physiologie (chargé du cours)</i>               | PLANCHON ✱ ✱.                                               |
|                                                    | LANNEGRACE.                                                 |
|                                                    | MARTIN (O. ✱), FONSSAGRIVES (O. ✱), Professeurs honoraires. |

## CHARGÉS DE COURS

|                                                  |                     |
|--------------------------------------------------|---------------------|
| <i>Clinique des maladies des enfants</i>         | MM. BATTLE, agrégé. |
| <i>Clinique des maladies syphilit. et cutan.</i> | GAYRAUD, agrégé.    |
| <i>Clinique des maladies des vieillards.</i>     | HAMELIN, agrégé.    |

## AGRÉGÉS

| MESSIEURS  | MESSIEURS    |
|------------|--------------|
| JACQUEMET. | CHALOT.      |
| PÉCHOLIER. | BIMAR.       |
| HAMELIN.   | LANNEGRACE.  |
| GRYNFELT.  | MOSSÉ.       |
| DE GIRARD. | REGIMBEAU ✱. |
| SERRE.     | TÉDENAT.     |
| ROUSTAN.   | DUMAS fils.  |
| CARRIEU.   | BLAISE       |
| MAIRET.    | VILLE        |

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. GRASSET, Président ;  
 COMBAL, Professeur ;  
 PÉCHOLIER } Agrégés.  
 CARRIEU }

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

**A mon Père**

**A ma Mère**

**A ma Sœur**

**A ma chère Marraine**

*Hommage d'une respectueuse reconnaissance*

**J. PARENT.**

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

**M. le professeur Grasset**

A MES CHEFS DE SERVICE DANS LES HOPITAUX DE TOULOUSE

**MM. Bonnemaison, Fontagnères, Puntous, Maynard, Rességuet, Ribell,  
RIPOLL et SAINT-ANGE**

A MES COLLÈGUES DE L'INTERNAT DE TOULOUSE

**MM. Bonnery, Cavalié, Cabanes, Camentron,  
FRANKOUAL, MAZEL & SAINT-AGNÈS**

J. PARENT.

## AVANT-PROPOS

Les travaux les plus anciens sur la question qui fait le sujet de notre étude ne remontent guère au delà du commencement de ce siècle. Au début même, les premiers auteurs se sont bornés à exposer sous la forme d'observations les faits qui se sont présentés à eux. Wegeler, dans le Journal de Leroux, Boyer et Corvisart (1813, tome 28, p. 384), et Louyer-Villermay, dans les Archives de médecine (tome V, 1<sup>re</sup> série, 1824) ont publié chacun une observation de ce genre.

Deux années plus tard, Dance fit paraître dans le Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologiques (tome I<sup>er</sup>, Paris, 1826), son mémoire sur les invaginations morbides des intestins. Ménière avait déjà, en 1824, commencé des études sur les tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque, et son travail ne fut terminé qu'en 1828, année où il parut dans les Archives générales de médecine (tome XVII, I<sup>re</sup> série, page 188). Ponceau soutint, en 1827, une thèse sur ce sujet, et Dupuytren, à la même époque, porta à la connaissance du public médical, dans le livre III de ses Leçons cliniques, cinq cas de phlegmons iliaques dont l'un se vida simultanément dans l'intestin et par une ouverture de la paroi abdominale antérieure. Merling. et Albers, professeur à l'Univer-

sité de Bonn, se disputent l'honneur d'avoir trouvé les noms de typhlite et de pérityphlite qu'ils décrivirent comme une maladie spéciale. Grisolles fit, en 1839, une excellente étude sur les phlegmons iliaques, qu'il publia dans les Archives de médecine (1839, 3<sup>e</sup> série, t. IV).

Monneret (1842), dans le Compendium de médecine; Niemeyer et M. Jaccoud, dans leurs Traités de pathologie, assignent à ces deux affections dans le cadre nosologique une place spéciale qui est conservée dans les ouvrages plus récents de Laveran et Tessier et de M. Dieulafoy.

Je dois citer les différentes publications sur la pratique de l'ouverture des abcès pérityphlitiques, faites notamment par les médecins anglais et américains (docteurs Lewis et Parker, 1856; note de Obet, médecin de la marine, 3 février 1875, dans une Revue médicale des Etats-Unis).

Ces dernières années, un certain nombre de thèses ont été inspirées par ce sujet : thèses de Blatin, Paris, 1868 ; de Barré, 1873 ; de Paulier, 1875 ; enfin, le travail de M. Gouronnec, 1880, sur les rapports de la typhlite et de la pérityphlite avec la fièvre typhoïde, travail qui est inspiré surtout par le traité de Griesinger et les observations de Murchinson.

Tous les travaux qui précèdent visent principalement les abcès iliaques. Mais, comme nous nous efforçons de le prouver dans le courant de notre étude, il existe une variété spéciale de pérityphlite, sujette à de fréquentes récidives qui finissent, après un laps de temps indéterminé, par ne plus se reproduire. Cette variété éminemment congestive reconnaît presque toujours pour origine

la diathèse rhumatismale. Les observations de Graves publiées dans ses cliniques, de M. Vulpian (Archives généraux de médecine, 1875, tome 27) et de M. Trélat (Semaine médicale, 13 juillet 1882), en font foi. Une autre origine peut encore être invoquée dans la production d'une pérityphlite à laquelle dans ces derniers temps on a donné le nom de pérityphlite primitive. C'est la présence dans le tissu cellulaire sous-péritonéal d'une chaîne ganglionnaire enflammée. Tel est le cas qui s'est présenté dans l'observation de Behier (1869, clinique de la Pitié, gomme syphilitique) et dans notre première observation personnelle (anthrax du périnée). Cette variété de pérityphlite suppure rarement ; elle est en quelque sorte purement péritonéale ; cependant , sous l'influence d'un état général, la purulence peut s'établir. (Observations de M. Vulpian et de M. Gambetta).

Avant de terminer ces quelques lignes d'introduction, qu'il me soit permis de remercier publiquement mes chefs de service dans les hôpitaux de Toulouse, ainsi que M. le professeur Grasset, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

---



DE LA

# PÉRITYPHLITE

---

## CHAPITRE PREMIER

### ÉTIOLOGIE

La pérityphlite est souvent liée à la typhlite dont la plupart des auteurs la considèrent comme un accident ou une complication. Mais nous verrons bientôt que, reconnaissant dans la plupart des cas une pareille origine, elle peut toutefois, et dans des cas bien déterminés, survenir seule, ou du moins précéder la typhlite, notamment sous l'influence de causes générales.

Sous le rapport de l'âge, la pérityphlite atteint surtout les adultes, c'est aujourd'hui un fait avéré, et les observations nombreuses des auteurs sont concluantes à ce sujet. Rare dans l'enfance et même presque inconnue dans les premiers âges de la vie, elle frappe de préférence les individus de 20 à 30 ans. Les faits de Bamberger, rapportés par Jaccoud et plus récemment par M. Damaschino dans son Traité des maladies des voies digestives, les observations de Niemeyer

et de Grisolle dans leurs *Traité*s de pathologie interne, ainsi que les cas rapportés par M. Trélat dans la *Semaine médicale* du 13 juillet dernier, concordent et concluent dans ce sens. Cette conclusion est la même dans les thèses de Paulier (1875) et de Gouronnec (1881).

La pérityphlite frappe les hommes plutôt que les femmes, et, chose remarquable, c'est surtout chez les sujets sains et robustes qu'on a en à combattre cette affection (Grisolle). Cependant il est des affections générales, notamment la fièvre typhoïde, le rhumatisme et la tuberculose, qui dans certains cas ont évolué pendant cette maladie et dans d'autres ont été masquées par elle.

Nous arrivons aux causes déterminantes de la pérityphlite et nous allons d'abord la considérer dans ses rapports avec la typhlite, et c'est par les causes de cette dernière que nous débiterons.

La typhlite reconnaît des origines nombreuses ; elle peut survenir soit à la suite d'affections nées dans le cœcum ou propagées à cet organe, soit à la suite de maladies générales. La constipation habituelle en est une des plus fréquentes. La rétention des matières intestinales a reçu d'Albers de Bonn le nom de typhlite stercorale ; bien que cette typhlite, admise par Ménière, ait été niée par quelques auteurs, notamment par Munchmeyer et M. Béhier, on ne peut cependant contester que l'accumulation des matières fécales puisse produire dans certaines circonstances des accidents redoutables ; l'observation de Munchmeyer en est un exemple remarquable, puisque le cœcum distendu par ces matières avait subi une véritable torsion et causé des phénomènes d'accidents mortels. L'obstruction intestinale a pu être également la conséquence d'une énorme tumeur stercorale produite dans le cœcum (Damaschino, *Traité* des maladies des voies digestives. Paris, 1880). Dans notre observation VI, nous démontrons que la typhlite peut ne pas reconnaître d'autre cause.

Les corps étrangers peuvent être également une cause de typhlite, surtout quand ils sont petits et nombreux, notamment dans le fait de Leudet où l'on trouva 513 concrétions intestinales, ou quand ils offrent des aspérités et des saillies. Ces corps étrangers peuvent pro-

venir soit du dehors par les voies supérieures, soit de divers entérolithes, ou de calculs biliaires, soit de vers intestinaux. Ces derniers, en dehors des étranglements qu'ils ont pu occasionner, ont, en outre, dans les rares cas où l'on s'est trouvé en présence d'une typhlite chez les enfants, déterminé des convulsions.

Cependant on doit faire des réserves à ce sujet ; car, comme le fait remarquer Damaschino, les ascarides, c'est-à-dire les helminthes les plus propres à se réunir en masses agglomérées, ne vivent pas dans le gros intestin ; seuls, les trichocéphales et les oxyures y habitent, et l'on ne peut admettre que des animaux de si petites dimensions soient capables de produire de pareils effets.

Nous pourrions encore citer la vie sédentaire, le rétrécissement et les ulcérations du cœcum. Nous y reviendrons, quand nous aurons à considérer les rapports de la fièvre typhoïde avec la typhlite ; les exercices violents, notamment chez les individus prédisposés ou qui en ont été antérieurement atteints. A ce propos, je citerai un gendarme, dont l'observation a été malheureusement égarée, et qui, ressentant un matin quelques douleurs sourdes dans la fosse iliaque droite, ne trouva rien de mieux, pour se guérir, que de parcourir, au galop de son cheval, l'espace de trente kilomètres. Quand il revint, on fut obligé de le descendre, absolument incapable de faire un pas, et se tordant, frappé par les symptômes d'une pérityphlite suraiguë qui l'obligea de passer un mois à l'hôpital militaire de Lyon (mars 1881).

Bamberger dit que la longueur exagérée de l'appendice iléo-cœcal est une cause de pérityphlite ; nous ignorons jusqu'à quel point cette assertion est fondée, toutefois, il est bon de signaler que cet appendice, reste du canal allantoïdien chez le fœtus et oblitéré d'ordinaire chez l'adulte, peut dans quelques cas demeurer perméable et par suite donner passage aux divers corps étrangers ou calculs intestinaux, de même qu'aux matières fécales ; ou bien, dans le cas où il est oblitéré, comme à l'état normal, redevenir perméable, sous l'influence d'un corps très-effilé, par exemple, une aiguille avalée par mégarde, ou une arête de poisson.

Nous allons maintenant considérer la pérityphlite dans ses rapports avec les autres maladies; et ici nous nous trouvons en présence de deux ordres de causes : causes externes et maladies générales. Le traumatisme, dans ses diverses formes, donne un certain appoint à la pérityphlite ; les chutes sur le siège, les coups donnés aux angles des meubles occasionnent chez la femme des péritonites circonscrites ayant leur siège principal dans les ligaments larges. Ces péritonites sont remarquables au début par leur caractère de chronicité ; les malades n'éprouvent dans la région qu'une douleur modérée, mais pouvant s'exaspérer par la pression ; et l'on comprend que ces péritonites siégeant à droite, au milieu des troubles digestifs qu'entraîne toujours après elle une telle affection, même partielle et bien délimitée, puissent s'aggraver à la moindre occasion et se propager au tissu cellulaire sous-jacent, alors que, la maladie étant fréquemment indolente par elle-même, la femme continue de vaquer à ses occupations.

Mais, si une telle complication est rare, il n'en est pas de même de l'état puerpéral ; on a remarqué, en effet, que les deux tiers des abcès iliaques survenant chez des femmes évoluaient à l'époque de la parturition, principalement du deuxième au cinquième jour, et cependant il est à considérer que les grossesses pénibles ne doivent guère ici entrer en ligne de compte, mais qu'un accouchement long et pénible peut et doit prédisposer à la maladie ; du reste, les abcès sont plus fréquents chez les primipares (Grisolle). M. Trélat a récemment rapporté un exemple analogue qui s'était produit chez une femme ayant eu un accouchement laborieux : les lymphatiques de l'utérus et de ses annexes qui communiquent largement avec ceux de la fosse iliaque s'étaient enflammés et avaient donné lieu à un abcès qui fut ouvert. (Semaine médicale du 13 juillet 1882.) Les métrites ont été mises en causes ; mais, malgré les deux observations de Velpeau et les deux cas de M. Piotay rapportés par Grisolle, nous nous rangeons à la conclusion de ce dernier, qui dit que rien ne saurait autoriser les auteurs à prétendre, comme ils le font, que les annexes de l'utérus et des ligaments larges en particulier sont le point de départ de phlegmons

iliaques consécutifs aux couches. Nous ferons une réserve toutefois ; car il existe souvent à la bifurcation de l'iliaque primitive un ganglion, recevant d'une part les lymphatiques du membre abdominal et de l'autre ceux des organes génitaux internes et externes ; et, d'un autre côté, dans un récent travail, M. Castex a rapporté quinze observations « constatant que les abcès iliaques peuvent résulter de plaies, d'ulcérations du membre inférieur ou des organes génitaux, déterminant des lymphangites et des adénites profondes dont le diagnostic au début est des plus difficiles, si on ne remonte pas à la cause. Ces lymphangites ne suppurent pas toujours, mais elles laissent souvent après elles un état subinflammatoire de la partie malade, qui prédispose aux rechutes et qui, au bout d'un temps souvent fort long, peut devenir l'origine de nos abcès iliaques. » (Castex, Trélat). Nous en rapportons nous-même un exemple dans le sujet qui fait l'objet de notre observation I : la pérityphlite survenant en même temps qu'un anthrax au périnée et récidivant deux mois après. Il est probable que, dans ce cas, il y avait eu adénite profonde, et ce fait est d'autant plus probable que l'adénite des ganglions le l'aine était considérable. Du reste, il n'y eut pas de suppuration.

La suppuration est, au contraire, la règle, quand il y a pénétration dans l'abdomen d'un corps provenant du dehors ou des organes intérieurs. Dans ce dernier cas, rien ne peut tomber dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire ambiant qu'après une perforation résultant d'un traumatisme dû à une saillie ou une arête quelconque de ce corps, ou d'une perte de substance due elle-même au sphacèle du tube intestinal. L'issue de ces différents corps est ordinairement accompagnée d'une certaine quantité de liquide qui vient joindre son action nocive à leur présence (1).

Dans le traumatisme de cause externe, le mécanisme est le

(1) John Burne (Gazette médicale, 1838, nos 25 et 26) et M. F. Merling dans une thèse soutenue à Heidelberg en 1836, citent plusieurs exemples d'abcès stercoraux de la fosse iliaque droite consécutifs à des perforations (Grisolle).

même ; il y a irritation du tissu cellulaire, et, si le corps du délit n'est pas propre ou parfaitement poli, des complications surviennent rapidement. Ainsi un morceau de bois pointu qui pénètre dans l'abdomen, un pieu, par exemple, ou un échalas, peut occasionner du danger non-seulement par sa présence, mais encore par les éclats résultant de la chute ou de la résistance des parois abdominales, et des diverses poussières ou impuretés siégeant à la surface. Si le corps est poli et propre, par exemple, dans les duels dans lesquels un projectile vient atteindre le tissu cellulaire, une balle pourra être le point de départ d'une inflammation adhésive et s'enkystera, si on a pris soin de faire garder au malade le repos le plus absolu, ou bien il y aura des accidents qui se calmeront rapidement et la suppuration ne s'établira qu'à la longue. « Ainsi John Bell, (Traité des plaies, traduction d'Estor, p. 410) rapporte à ce sujet l'observation d'un jeune homme qui fut blessé en duel ; les premiers accidents se calmèrent, mais il survint bientôt une fièvre hectique qui emporta le malade un an après l'accident. A l'autopsie, on reconnut que la balle s'était logée au-dessous du muscle psoas et sur la fosse iliaque interne, où elle se trouvait environnée de plusieurs kystes purulents. » (Grisolle.) Enfin des corps étrangers peuvent pénétrer dans l'abdomen sans léser le péritoine, notamment par l'anneau inguinal, en suivant le trajet de la crête iliaque, ou par derrière dans les chutes sur des objets pointus.

Le traumatisme peut encore agir par une sorte de répercussion chez des individus malades ou affaiblis et qui ont eu d'ailleurs dans le cours de leur existence à souffrir d'une pérityphlite. L'exemple tout récent de M. Gambetta est là pour le démontrer. Du reste, nous donnons son observation dans le courant de notre travail, avec les réflexions qu'a suggérées son cas.

Si nous considérons maintenant l'influence des maladies générales, nous voyons qu'elle est considérable. Et, tout d'abord, la fièvre typhoïde. Dance, le premier, a émis l'opinion que les abcès de la fosse iliaque sont souvent consécutifs à une phlegmasie aiguë ou chronique. Cette opinion a été adoptée successivement par Ménière, M. Lebâtard et

Teallier. Elle est battue en brèche par Grisolle qui prétend que, malgré de nombreuses et profondes ulcérations, soit dans la fièvre typhoïde, soit dans la dysenterie, rien n'est plus rare que de voir l'inflammation se propager au tissu cellulaire ambiant, et il s'appuie sur l'idée de Bordeu et de Bichat qui consiste à regarder le tissu périphérique de ces organes comme formant à ceux-ci une atmosphère qui isole leurs actions morbides. Cependant, il faut admettre que, dans la fièvre typhoïde et surtout dans la dysenterie, il peut y avoir des cas où une ulcération intestinale atteignant le péritoine enflamme celui-ci et, postérieurement, le tissu cellulaire, ou bien encore lorsque des abcès trop fréquents dans ces affections, surtout dans la seconde, décollent la muqueuse sur une large surface, infiltrant les parois musculaires de l'intestin et finissent par atteindre directement le tissu cellulaire, le mal siégeant à la face postérieure du cœcum.

Nous ajouterons que l'opinion de Grisolle à ce sujet n'est pas admise ; car des observations récentes et nombreuses, publiées dans la thèse de M. Gouronnec (Paris, 1881), ont démontré l'influence de ces affections. M. Paulier (thèse de Paris 1875), la reconnaît également, ainsi que M. Damaschino, qui prétend qu'en raison des ulcérations et de la faiblesse générale qu'elle entraîne pendant un temps à sa suite, la fièvre typhoïde détermine parfois la typhlite. La dysenterie l'occasionnerait plus rarement. On a également mis en cause le choléra (Blatin) et les fièvres éruptives, mais toute cette étiologie, d'après M. Damaschino, est fort douteuse. Nous nous rangeons à son avis. Il serait possible que la syphilis, dans ses accidents tertiaires, notamment lors de l'évolution d'une gomme intestinale ou de l'apparition d'une carie du sacrum ou de l'os iliaque déterminât la pérityphlite ; et le fait est d'autant plus probable que M. Trelat a dernièrement étudié, dans une leçon à l'hôpital Necker, des abcès iliaques ayant une origine osseuse qui sont, dit-il, « des abcès résultant de suppuration, d'ostéite, d'ostéomyélite, de ce qu'on appelait autrefois la carie de l'os coxal. Presque toujours, ces sortes de suppuration, avant de constituer des abcès, sont précédées d'une période pendant laquelle les

symptômes sont très-mal déterminés. C'est une gêne du côté du bassin, quelques douleurs, des troubles, dont on ne sait à quoi attribuer la cause et qui durent jusqu'au jour où, le pus étant devenu plus superficiel, on peut sentir la fluctuation.

La tuberculose a été admise tout d'abord par Albers de Bonn et par M. Leudet. Plus tard Niemeyer et surtout Grisolle ont démontré que cette redoutable maladie peut masquer son évolution en se localisant à une partie du péritoine et que la grande majorité des péritonites chroniques reconnaissent cette origine. Il prétend n'avoir observé à l'autopsie qu'une seule exception à cette règle. Nous n'insisterons pas sur l'importance de cette affirmation, étant donnée la fréquence des péritonites, surtout dans la première enfance, et cela d'autant plus qu'un ganglion mésentérique suppuré peut s'ouvrir, soit dans la cavité abdominale, soit en dehors dans le tissu cellulaire, ainsi qu'il résulte de deux faits rapportés : le premier par Griesinger, dans son *Traité des maladies infectieuses*, et le second par Jenner dans le *Médical Times* (1880). Le liquide cancéreux peut également, à un moment donné, s'épancher en plus ou moins grande abondance, soit dans le tissu cellulaire, soit dans le péritoine, et mettre rapidement, dans les deux cas, un terme aux souffrances du malade.

Je ne citerai que pour mémoire l'hydronéphrose, les néphrites suppurées, les kystes et calculs rénaux : il n'y a guère d'exemple dans la science que la pérityphlite ait reconnu une telle origine ; cependant il est possible que dans la ponction de l'hydronéphrose, par exemple, du liquide suinte et s'épanche, et donne lieu à des symptômes de pérityphlite qui dans ce cas est toujours suppurée.

La pérityphlite peut également survenir consécutivement à l'inflammation de la capsule synoviale qui tapisse la branche horizontale du pubis, pour faciliter le glissement du muscle psoas et iliaque. Mais nous n'insisterons pas sur cette origine, car nous n'avons pu trouver dans la science qu'un seul fait de ce genre dû à Velpeau, et encore l'abcès de la fosse iliaque avait-il été trouvé à gauche.

Nous arrivons à la dernière des maladies générales auxquelles on a

attribué l'évolution des pérityphlites : le rhumatisme. Cette origine a été des plus controversées par tous les auteurs qui ont eu à s'occuper de la question, et la négation est presque universelle à cet égard. Grisolle est muet ; Damaschino et Niemeyer admettent surtout l'action du froid humide ; Trélat, dans une leçon faite à l'hôpital Necker et rapportée dans la Semaine médicale (13 juillet 1882), cite un fait probant ; cependant j'ai pu recueillir deux observations qui tendent à démontrer que le rhumatisme peut bien occasionner une pérityphlite ; et, chose remarquable, il n'est pas question dans ces deux cas d'un rhumatisme aigu ou généralisé, mais de la forme lente et subaiguë de cette affection. Le premier fait a été l'objet d'une belle observation donnée par M. Vulpian dans les Archives de médecine (1875, 26<sup>e</sup> volume, p. 225 et suiv.). Il s'agit d'un jeune homme ayant eu à souffrir d'un rhumatisme, avec quelques douleurs vagues et répétées dans les articulations. Un jour, il entra à l'hôpital, se plaignant de douleurs violentes dans la fosse iliaque droite, de coliques, de constipation et de vomissements. Le diagnostic de pérityphlite fut porté. Des purgatifs répétés amenèrent l'expulsion d'un ascaride lombricoïde ; la maladie céda, mais le malade resta dans le service, parce qu'on reconnut, à l'auscultation du cœur, un bruit systolique ; quelques jours après, il fut pris d'une endocardite aiguë et d'une pleurésie qui tourna à la purulence et qui finit par l'emporter. A l'autopsie, on trouva les lésions de la pérityphlite, et, dans les réflexions qui suivent l'observation, M. Vulpian admet que le malade est mort d'infection purulente, mais qu'il portait en lui un foyer de septicémie. Nous rapprocherons ce fait de celui de M. Gambetta qui aurait probablement guéri de son accident, s'il n'avait été sujet à de fréquentes atteintes de pérityphlite dont la dernière a supprimé et a occasionné sa mort. Le second fait nous est fourni par un de nos collègues à l'internat de Toulouse, lequel avait souffert, à trois reprises différentes, de douleurs vagues dans le membre supérieur droit et dans l'intervalle a eu à supporter quatre atteintes consécutives d'une pérityphlite qui heureusement n'a pas reparu depuis plus d'une année. Je dois ajouter cependant que, depuis lors, il subit les inconvénients d'une angine rhumatismale.

Nous expliquerons enfin les récidives de la pérityphlite par la présence des adhérences et des fausses membranes qui se forment nécessairement, lorsque l'inflammation atteint la séreuse. Il en est du péritoine comme de la plèvre, où les vaisseaux de nouvelle formation se rompent facilement et à la moindre cause, et occasionnent ainsi une inflammation nouvelle. Le danger serait peut-être plus grand pour le péritoine, car il est possible qu'un paquet de fausses membranes se forme à la face antérieure du cœcum et comprime cet organe de telle manière qu'il puisse donner lieu à des phénomènes rapides d'étranglement, lors de sa distention, par les matières alimentaires.

---

## CHAPITRE II

### ANATOMIE DESCRIPTIVE ET PATHOLOGIQUE

Avant de nous livrer à l'étude des nombreuses lésions que présente la pérityphlite dans ses formes variées, il nous a paru bon de mettre en regard les rapports qu'offrent entr'eux le cœcum et le péritoine d'un côté ; ce dernier et les aponévroses de la fosse iliaque et de la partie abdominale de l'autre, ainsi que les diverses issues que leur configuration permet de donner aux liquides pathologiques.

Nous commencerons cette étude par le cœcum qui joue un rôle si important dans l'origine comme dans l'évolution de la maladie qui nous occupe. Le cœcum est situé sur le plan superficiel de la fosse iliaque droite dont il remplit en grande partie l'excavation : il est situé immédiatement sous la paroi abdominale antérieure dont parfois le séparent quelques anses intestinales. L'intestin grêle se jette dans le cœcum, quelques centimètres après l'origine de ce dernier, sous un angle presque droit, en pénétrant et refoulant de bas en haut un des côtés de cet organe. Il résulte de cette disposition que les tissus de l'intestin, notamment les fibres musculaires, sont condensés en cet endroit et forment une sorte de sphincter incomplet. D'un autre côté, et comme conséquence de cette invagination ce sphincter incomplet fait saillie dans le cœcum sous l'aspect d'une languette mobile qui vient s'appliquer sur l'orifice de l'intestin grêle pour l'oblitérer suffisamment et empêcher le passage des matières alimentaires du cœcum dans l'intestin grêle. Toutefois, il est bon de faire remarquer que cette saillie fait partie de la paroi du gros intestin. Au dessous de cette lan-

guette connue sous le nom de valvule de Bauhin, le cœcum forme un cul de sac auquel fait suite l'appendice iléo-cœcal, reste du canal allantoïdien chez le fœtus. Ce canal est généralement oblitéré et devenu fibreux ; il peut cependant rester perméable ou le redevenir pour une raison ou pour une autre. Cet appendice flotte ou non dans la cavité abdominale, suivant que le péritoine entoure complètement le cœcum ou ne recouvre que sa paroi antérieure.

Le péritoine affecte avec le cœcum des rapports différents. Cette membrane entoure complètement cet organe et forme un meso-cœcum, analogue au mésentère, ou seulement sur ses parois antérieures et latérales, et se continue directement d'un côté avec le feuillet pariétal qui tapisse la fosse iliaque interne et de l'autre avec le feuillet qui se réfléchit du détroit supérieur dans le petit bassin. Dans ce cas, la face postérieure du cœcum n'est plus constituée que par deux membranes : la muqueuse qui ne doit pas nous occuper et la membrane musculaire, dont les fibres, différentes en structure de celles de l'intestin grêle, se réunissent en faisceaux et viennent reposer directement sur le tissu cellulaire sous-péritonéal qui s'épaissit en certains endroits, notamment dans la fosse iliaque proprement dite, et constitue alors l'aponévrose superficielle de cette région. Ce tissu cellulaire se continue sans ligne de démarcation avec celui des parois abdominales et le tissu sous-péritonéal des divers organes qui remplissent la cavité abdominale : en un mot, il forme un tout continu. En haut il remonte en arrière du cœcum, entoure le rein correspondant sous le nom de tissu périnéphrétique. Dans la fosse iliaque il constitue, en s'épaississant, le fascia propria ; s'appuie sur l'aponévrose du psoas iliaque connue sous le nom de fascia iliaca, et a des rapports étroits avec l'aponévrose et le muscle transverse latéralement et en haut, et les muscles grand et petit oblique en avant et en bas. Une partie vient s'arrêter, en s'épaississant de nouveau, sur le ligament de Fallope, et l'autre partie se continue avec le tissu cellulaire du petit bassin où il se divise en deux parties, l'une qui en tapisse les parois, l'autre qui constitue la trame des ligaments larges.

La seconde aponévrose ou aponévrose profonde prend naissance, ainsi que le muscle psoas qu'elle recouvre comme une gaine, aux corps des vertèbres lombaires en avant et aux apophyses transverses des mêmes vertèbres en arrière par une insertion commune avec les languettes aponévrotiques antérieures du transverse. Elle descend dans la cavité abdominale avec le muscle, traverse le diaphragme sous un ligament spécial, connu sous le nom de ligament cintré, et vient s'accoler au muscle iliaque au-dessus du détroit supérieur.

L'aponévrose s'épaissit considérablement, s'élargit en surface et vient s'insérer d'un part le long du rebord osseux du détroit supérieur, de l'autre sur la lèvre interne de la crête iliaque. Les deux muscles confondus en un seul sont ainsi enfermés dans une gaine ostéo-fibreuse très-résistante. En bas une partie des fibres aponévrotiques se rendent sur le ligament de Fallope ; les autres, la majeure partie, continuent de descendre, entourant de nouveau le muscle d'une façon complète, passent au-dessous du ligament, à côté et en dehors des vaisseaux fémoraux, dans une gaine distincte, et viennent s'insérer définitivement avec le muscle au sommet du petit trochanter.

Nous venons de parler des vaisseaux fémoraux ; nous allons considérer la façon dont ils se comportent. Ces vaisseaux pénètrent sous l'arcade crurale dans une gaine spéciale, l'artère située entre la veine qui est en dedans et un peu en avant et le nerf crural qui est en dehors ; ils remontent le long du bord interne du muscle psoas et iliaque sous le nom de vaisseaux iliaques externes, et, au niveau de la symphyse sacro-iliaque, se joignent aux vaisseaux iliaques internes pour former les troncs de l'artère et de la veine iliaque primitive. A ce niveau la veine passe au-dessus de l'artère et vient constituer avec la veine du côté opposé, qui passe également au devant de l'artère iliaque primitive droite, le tronc de la veine cave inférieure.

Au niveau de la division de l'iliaque primitive, il existe des organes fort importants au point de vue qui nous occupe : je veux parler des troncs et des ganglions lymphatiques. Sur ce point, en effet, s'opère la jonction de tous les canaux lymphatiques des organes génitaux

externes et du membre inférieur, ainsi que de ceux provenant des organes qui remplissent le petit bassin. Comme disposition générale, ces ganglions sont rangés en chapelet le long des vaisseaux. M. Trélat a dernièrement fait remarquer qu'un ganglion plus volumineux que les autres était situé au-dessous du point de division de l'artère iliaque primitive. Cette série de ganglions forme un tronc considérable qui vient se jeter dans le réservoir de Pecquet.

Il résulte des dispositions que nous venons d'indiquer les conséquences suivantes : les abcès provenant de tuberculisation du corps des vertèbres et ceux qui naissent à la suite d'irritation ou d'inflammation quelconque du tissu cellulaire sous-péritonéal pourront s'ouvrir en des endroits différents ; en haut et en arrière du carré des lombes ; mais les cas en sont rares, vu la propension naturelle des liquides à suivre un plan déclive ; ils peuvent également décoller le péritoine et former une collection sous-cutanée plus ou moins abondante ; enfin, ils peuvent suivre une troisième voie, s'écouler par la gaine des vaisseaux et s'ouvrir à la face antérieure de la cuisse. Les abcès de la fosse iliaque interne, au contraire, peuvent demeurer emprisonnés par l'aponévrose profonde, qui, nous l'avons vu, est très-résistante, ou bien descendre le long de la gaine du psoas jusqu'au petit trochanter où ils se trouveront arrêtés. C'est un élément fort important de diagnostic, sur lequel nous reviendrons en temps et lieu.

D'après la multiplicité des causes et l'organisation spéciale de la région qui nous occupe, nous pouvons juger de la multiplicité et de la variété des altérations pathologiques qui surgissent sous l'influence d'une étiologie si étendue.

Et tout d'abord, les corps étrangers du cœcum. Ces corps étrangers, si variables dans leur origine comme dans leur constitution, peuvent se faire jour à travers la paroi de l'organe, en deux régions distinctes qui plus tard nous serviront de base pour étudier les formes cliniques de la maladie : nous voulons parler de la région péritonéale ou antérieure du cœcum et de la région cellulaire ou postérieure. Ces deux régions peuvent ensemble ou isolément s'enflammer ; mais il est évident

que le processus morbide variera selon que l'une ou l'autre sera lésée et il est également aisé de comprendre que, malgré la différence des lésions, les formes cliniques seront facilement ramenées à deux : la forme péritonéale ou péri-cœcale et la forme cellulaire ou rétro-cœcale. Nous ne reviendrons pas sur la constitution des corps étrangers que l'on rencontre dans le cœcum ; nous allons étudier seulement la manière dont ils se comportent. Il est inutile d'insister sur ce fait qu'en bien des circonstances ils restent inaperçus et sont éliminés tôt ou tard avec les matières fécales : mais considérons d'abord le cas où un corps plus ou moins arrondi ou effilé lèse la muqueuse du cœcum ; il naîtra nécessairement en ce point une légère desquamation de la muqueuse qui, sous l'influence persistante du corps, deviendra ulcération et n'aura, par suite, aucune tendance à se cicatriser. La marche de l'ulcération sera sourde dans bien des cas, jusqu'au jour où, le péritoine étant atteint, des accidents formidables éclateront. L'exemple suivant vient à l'appui de notre assertion :

« Il s'agit d'un homme mort après sept jours de maladie. A l'autopsie on trouva une péritonite généralisée, l'appendice iléo-cœcal très-dilaté, d'une couleur très-violacée. Cet appendice avait la grosseur et la longueur de l'index. Il contenait à sa partie moyenne deux noyaux indurés de la grosseur d'un haricot, et au dessous de ces noyaux, vers le tiers inférieur, on apercevait deux petites ulcérations arrondies, de la grandeur d'un grain de chènevis, par lesquelles on pouvait faire pénétrer un stylet de trousse. Ces deux noyaux étaient formés par de petites scybales qui ont joué un rôle indirect dans la production de la perforation iléo-cœcale en ralentissant la circulation, et, par suite, la vitalité des parois de l'appendice ; et la perforation, pense l'auteur, est due à la pullulation de bactéries intestinales dans l'épaisseur de ces parois privées de leur résistance vitale. » — (Docteur Talamon. — Moniteur de la polyclinique, n° 1, 1883. — Paris médical, 10 mars 1883.)

On voit, par ce fait, qu'il n'est pas besoin d'une altération bien grande pour créer des lésions considérables. Cependant nous nous

permettrons de ne pas être du même avis que l'auteur de l'observation précédente, au sujet de mode de production des petites ulcérations qui ont permis au liquide intestinal de s'échapper et d'amener la péritonite. D'après lui, en effet, les scybales trouvées dans l'appendice vermiforme n'ont joué qu'un rôle indirect dans la production de la perforation qui serait due à la pululation d'organismes inférieurs.

Il nous semble cependant, et cela avec quelque raison, que les scybales ont fait autre chose que ralentir la circulation dans l'appendice, et que, du reste, pas n'était besoin d'invoquer, dans ce cas du moins, la présence de bactéries pour expliquer le sphacèle de l'appendice.

Evidemment, les scybales, en comprimant les parois de l'organe, ont amené, sinon produit, elles-mêmes le sphacèle, et, d'un autre côté, le liquide quelconque qui se trouvait dans l'appendice jouait lui-même le rôle de corps étranger et n'avait pas eu de peine à corroder une muqueuse si bien préparée.

Il est probable que l'auteur de cette proposition a eu en vue ce qui se passe dans la production des perforations dues à des ulcérations dans certaines maladies où les corps étrangers n'existent pas : la fièvre typhoïde et la dysenterie, par exemple. Dans ces affections, en effet, il se développe des bactéries, sinon primitivement, du moins secondairement ; mais, malgré que la question soit à l'ordre du jour, nous n'insisterons pas ; car elle n'est jusqu'ici, pour ce qui concerne l'organisme humain, rien moins que démontrée. Cependant, à côté de ces bactéries qui peuvent être incriminées, on nous permettra de mettre en regard les organismes plus élevés dans la série animale, qui, pénétrant dans le corps par une voie quelconque, vont, après avoir perforé une foule de tissus, sans amener toutefois un épanchement si minime qu'il soit, se loger dans un organe où ils se développent. Du reste, la cachexie particulière de ces maladies éminemment débilitantes nous suffira pour expliquer la tendance à la perforation sur des organes dont l'altération primordiale est l'ulcération.

A côté de l'ulcération nous exposerons l'étude du sphacèle des parois intestinales, qui se rattache souvent à la présence de corps

étrangers, mais en est parfois indépendante. Dans notre cinquième observation, nous relatons l'histoire d'un individu qui, après avoir ingéré des boissons glacées, le corps en sueur, éprouva peu après les symptômes d'une inflammation intestinale vive. Cette inflammation coïncida ou se propagea au tissu cellulaire péri-cœcal : un abcès s'ensuivit qui décolla le péritoine pariétal et, après avoir perforé la paroi abdominale antérieure, vint s'ouvrir au dehors de concert avec le cœcum gangréné. Il s'est passé ici ce qu'on a eu maintes fois occasion de constater dans certaines maladies, la dysenterie ou le choléra, par exemple. Dans plusieurs formes de ces affections, l'inflammation, étendue en surface, frappe violemment et subitement les tissus qu'elle atteint ; la circulation en retour n'a pas le temps de s'opérer, et le tissu sous-muqueux, tombé en sphacèle, occasionne des pétéchies sous-muqueuses dans le choléra, et de vastes décollements dans la dysenterie. Si l'on rapproche ces faits de ce qui s'est produit dans le cas actuel, on conçoit aisément la naissance d'une autre affection, la pérityphlite par la propagation aux tissus voisins. Ici, fort heureusement, l'inflammation ne s'est pas étendue en surface ; elle s'est localisée en un point déterminé, rapproché de la paroi abdominale ; elle a mis un certain temps à évoluer, ce qui a permis, lors de la chute de l'eschare, de donner issue aux liquides intestinaux, en dehors de l'organisme, les adhérences étant assez nombreuses pour empêcher l'élimination de s'opérer dans la cavité abdominale.

Parmi les autres lésions que l'on rencontre à l'autopsie des sujets ayant succombé à la pérityphlite, le rétrécissement d'une partie plus ou moins considérable du tube intestinal joue un certain rôle et présente une gravité relative dans la reproduction de l'affection.

On a constaté fréquemment la facilité avec laquelle l'intestin émettait sur ses parties latérales de petits prolongements en forme de cœcum. Ces prolongements, que nous avons été à même de constater à diverses reprises, peuvent être considérés comme des hernies commençantes, hernies tendant à se faire jour à travers un des nombreux orifices des parois abdominales. Nous n'insisterons pas : mais, d'un

autre côté, à la suite d'affections diverses, inflammation, épaissement du tissu sous-muqueux, rhumatisme, irritation quelconque, l'intestin présente la même déplorable facilité à se retrécir. Lors de l'autopsie de M. Gambetta, on s'aperçut de l'existence de deux rétrécissements intestinaux, l'un qui siégeait au point de réunion du côlon ascendant et du côlon transverse, et l'autre dans l'intestin grêle, à cinq ou six centimètres de la valvule iléo-cœcale. Cette dernière elle-même était boursouflée, épaissie, et il était évident qu'un nouveau rétrécissement allait se former en cet endroit, car une dilatation intestinale existait entre les deux points. Les deux rétrécissements dont nous avons parlé semblaient avoir une origine différente. Le rétrécissement du côlon ascendant était formé, d'après l'auteur de la relation, par une sorte de pli transversal occasionné lui-même par la pression du côlon transverse. Quoi qu'il en soit de cette explication, nous ferons remarquer que les parois du côlon étaient fixées à la paroi postérieure de l'abdomen par des adhérences anciennes et résistantes; que toute la région était envahie par l'inflammation et que la suppuration avait à peu près détruit le tissu cellulaire et s'étendait même jusque dans le petit bassin en passant derrière le psoas. Il s'ensuit que les anciennes adhérences empêchaient le jeu et les contractions du côlon et annihilèrent, pour ainsi dire, son rôle physiologique en le tendant de deux côtés. Il est probable, en outre, que la paralysie, suite forcée de la péritonite, avait immobilisé les fibres musculaires du côlon, et que, à la guérison de la première crise, ces fibres musculaires n'avaient plus eu dès lors assez de tonicité pour résister à l'étranglement causé par les fausses membranes et le vaincre par des mouvements contractiles réguliers.

Ce premier rétrécissement définitivement formé, les fonctions digestives se sont dès lors accomplies laborieusement. La dilatation du cœcum, devenue presque passive, a entraîné avec elle des désordres pathologiques : de fréquentes inflammations et l'organisation presque fibreuse de la valvule de Bauhin. Ce nouveau rétrécissement a amené fatalement une nouvelle dilatation en arrière.

On voit par là le danger que peut faire courir une première atteinte de pérityphlite simple, primitive, comme elle l'a été dans ce cas particulier. Le malade est frappé subitement ; il éprouve des symptômes plus ou moins effrayants, et, après trois semaines ou un mois de souffrances, tout semble rentré dans l'ordre. Il n'en est rien : de fausses membranes, d'abord légères, se sont formées ; l'organisation ne tarde pas à se manifester, et, les organes digestifs étant d'une susceptibilité plus grande, un refroidissement léger, qui, dans les circonstances ordinaires, eût passé inaperçu, détermine des congestions dans le réseau de vaisseaux de nouvelle formation, la rupture de ces mêmes vaisseaux et un épanchement plus ou moins abondant dans le péritoine, mais dans tous les cas plus que suffisant pour reproduire subitement la maladie avec son cortège habituel de symptômes.

Ces congestions se renouvellent avec d'autant plus de facilité que le malade a déjà été plus souvent atteint, et la prédisposition à la récurrence est en raison directe du nombre de crises préalables. Ces congestions, ces épanchements, amènent d'ordinaire une péritonite localisée, sèche, tout autour du cœcum. Mais, que le malade soit atteint d'une maladie générale, cachectique, ou même d'une affection toute locale, mais nécessitant un décubitus prolongé, et, par suite, amenant un affaiblissement général, alors l'inflammation péritonéale se généralisera ou du moins dépassera presque toujours les limites qu'elle avait jusqu'alors respectées ; et l'épanchement, loin de se résorber ou de s'organiser, tournera à la purulence, et le malade sera emporté par une infection purulente.

Ces congestions ont beaucoup plus leur raison d'être et acquièrent une importance et une gravité particulières, si une affection diathésique vient joindre son action et commander le plus souvent les événements.

Dans les cas de cette espèce, il s'agit presque toujours de la tuberculose : mais, dans l'évolution de cette diathèse, on peut distinguer encore deux cas : l'un où la tuberculose est primitive et localisée à la région péri-cœcale ; l'autre, au contraire, où elle est consécutive et

masquée le plus souvent par les symptômes ordinaires de la pérityphlite qui sont plus en évidence. Nous y reviendrons plus tard. Qu'il nous suffise de dire pour le moment que, dans le premier cas, la pérityphlite n'est qu'un incident dans la marche de la diathèse, un coup de fouet la plupart du temps qui marque sa progression ; que, dans le second, au contraire, elle n'est que le prélude de l'invasion tuberculeuse qui jusque là n'avait donné aucun signe de sa présence dans l'organisme.

Nous ajouterons peu de mots sur l'anthrax du périnée qui peut dans quelques cas amener la pérityphlite ; nous ferons seulement remarquer que l'angioleucite consécutive doit, dans la production de la maladie, être regardée au même titre que l'inflammation des lymphatiques des organes du petit bassin, qui eux aussi sont une cause fréquente de pérityphlite. Nous insisterons toutefois sur le nombre considérable de ganglions ayant leur siège dans cette région, d'où production possible d'une adénite suppurée, propagation au tissu cellulaire, inflammation et suppuration s'opérant quelquefois durant un temps fort long et donnant lieu, si l'abcès s'ouvre à l'extérieur, à une fistule cutanée (Trélat). Il n'en est pas heureusement ainsi dans tous les cas. Dans notre observation I, nous avons eu à constater deux fois un anthrax au périnée sur sept atteintes de pérityphlite dans l'espace de deux années, et la suppuration n'a pas eu lieu. Il est probable dans ce cas que l'adénite n'a donné lieu qu'à des symptômes de congestion péritonéale, sans atteindre le tissu cellulaire.

On a signalé dans ces derniers temps la présence en ce même point, à la bifurcation de l'iliaque primitive, d'une gomme syphilitique suppurée (Behier 1869.)

Nous donnons ici la relation de l'autopsie de M. Gambetta, que nous avons jugé à propos de séparer de l'observation proprement dite de sa maladie, pour ne pas tomber dans des redites.

---

### AUTOPSIE DE M. GAMBETTA

Il n'y a aucune trace de solution de continuité ancienne ou récente de la paroi abdominale. Le tissu cellulo-adipeux sous-cutané de la paroi de l'abdomen est épais de 4 centimètres au-dessus de l'ombilic, de 8 centimètres au-dessous ; il présente dans la région hypogastrique des dilatations variqueuses des veines sous-cutanées.

Le péritoine contient des gaz fétides et une petite quantité de liquide séro-purulent collecté dans les parties déclives. La surface du péritoine pariétal est à peine rosée, sans traces de fausses membranes fibreuses. Les anses de l'intestin sont libres d'adhérences et ne présentent pas non plus de fausses membranes. L'intestin grêle et le gros intestin sont très-distendus par les gaz, le côlon moins dilaté que le cœcum. Le côlon ascendant présente, un peu au-dessus du cœcum, un pli transversal, sorte de rétrécissement relatif déterminé par la pression du côlon transverse. La partie postérieure du cœcum est unie à la paroi abdominale par des adhérences anciennes et résistantes. En décollant le cœcum et en le soulevant, on découvre un foyer d'infiltration purulente anfractueux, cloisonné par des brides de tissu cellulaire, contenant environ deux cuillerées de pus. Ce foyer s'étend en haut jusqu'à la partie inférieure de l'atmosphère adipeuse du rein droit, en dedans jusqu'à la colonne vertébrale en arrière du muscle psoas, et il envoie en bas un prolongement long de 3 à 4 centimètres dans le petit bassin. En dehors, ce foyer est limité du côté du péritoine par les adhérences déjà décrites, mais il se propage en avant du fascia iliaca dans l'épaisseur du tissu conjonctif sous-péritonéal. En continuité avec ce foyer, il existe, dans la paroi antéro-latérale de l'abdomen, dans le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal de la région du flanc droit, des ilots disséminés du tissu cellulaire sphacélé, jaunâtre, tels qu'on les rencontre dans le phlegmon diffus.

Le cœcum ouvert laisse voir la valvule iléo-cœcale proéminente, analogue, par sa configuration, au museau de tanche. La saillie qu'elle forme mesure de 3 à 4 centimètres. Au lieu d'être constituée par deux valves minces, au contact l'une de l'autre, la valvule iléo-cœcale présente un bord circulaire, épais, induré, et une ouverture étroite et plissée qui permet à grand'peine l'intromission de l'extrémité du petit doigt.

En ouvrant l'intestin grêle et la valvule iléo-cœcale, on constate derrière le rétrécissement de celle-ci une dilatation, puis un nouveau rétrécissement à 5 ou 6 centimètres de la valvule.

On peut voir, sur la section de l'intestin grêle, que la saillie et le rétrécissement de la valvule sont déterminés par une invagination de l'extrémité inférieure de l'iléon dans le cœcum. La muqueuse de l'intestin grêle, en sortant du rétrécissement, revêt toute la partie externe ou cœcale du rebord épaissi de la valvule. La muqueuse, ainsi réfléchie de dedans en dehors, tapisse un anneau fibro-musculaire très-résistant, semi-transparent, de 4 à 5 millimètres d'épaisseur, qui forme, pour ainsi dire, la charpente solide de la saillie, de la valvule de Bauhin.

La muqueuse, du cœcum et celle du côlon ascendant sont plus épaissies et plus rigides qu'à l'état normal. Dans la partie postérieure du cul-de-sac cœcal, qui est en rapport avec le foyer purulent, la surface de la muqueuse est lisse, comme tendue et étalée. Dans le côlon ascendant, la muqueuse s'enfonce dans les plis et anfractuosités déterminés par le relief des fibres musculaires, mais on n'y trouve ni ulcérations ni perforations.

L'appendice cœcal s'ouvre dans le cul-de-sac du cœcum par une ouverture assez large. Il est d'abord fixé au cœcum dont il contourne l'extrémité inférieure, puis il se replie de bas en haut pour passer au-dessous et en arrière du cul-de-sac cœcal. Dans la première partie de son trajet, il est recouvert par la séreuse péritonéale ; mais, dans le reste de sa longueur, il est situé dans le tissu cellulaire interposé au cœcum et au fascia iliaca, c'est-à-dire dans le foyer purulent rétro-cœcal, adhérent à la paroi postérieure du cœcum, baignant dans le pus.

La surface externe de l'appendice est grise, irrégulière. Il présente, à 2 centimètres de sa terminaison, une bosselure due à un épaissement de sa paroi, et, à côté de cette bosselure, une petite ampoule saillante percée à son centre. Un peu au-dessus de cette perforation, il en existe une autre plus petite et déprimée. Ces deux perforations communiquent avec la cavité de l'appendice.

L'appendicé ne contient aucun corps étranger. Sa muqueuse est lisse et normale dans la première portion, tandis qu'elle est irrégulière, épaissie par places, dans la seconde, surtout près de son extrémité. Elle s'amincit progressivement au niveau des points perforés qui paraissent être le fond d'ulcérations qui ont détruit peu à peu toute la paroi.

De l'examen attentif qui a été fait dans le but de savoir si l'épaississement de la muqueuse était ancien ou récent, M. Lannelongue a été conduit à conclure que la muqueuse de l'appendice était épaissie longtemps avant le début des accidents aigus qui ont déterminé la péri-typhlite.

---

### CHAPITRE III

#### SYMPTOMATOLOGIE

La plupart des auteurs classiques considèrent la pérityphlite comme une inflammation du tissu cellulaire péri-cœcal. Mais il est une forme de la maladie, qui a depuis quelque temps attiré l'attention des cliniciens : cette forme, que nous avons esquissée au précédent chapitre, est presque toujours primitive, souvent indépendante de toute propagation de voisinage et reconnaît une origine le plus souvent rhumatismale ; elle apparaît avec une symptomatologie particulière, nous frappe par la brusquerie de son invasion différente de l'évolution lente des phlegmons iliaques et ne laisse après elle aucune trace sensible de son passage ; mais en revanche, prédisposant aux récidives, elle n'est autre chose qu'une péritonite circonscrite. Nous allons tout d'abord étudier la séméiologie de la pérityphlite en général, nous réservant de donner à la fin de ce chapitre un tableau clinique de ses formes.

La pérityphlite, qu'elle soit simple ou connexe d'une autre affection, débute ordinairement par les symptômes digestifs, dont l'ensemble constitue l'embarras gastrique : de l'inappétence, de l'amertume de la bouche, du malaise ; mais ces signes précurseurs, que l'on retrouve dans toutes les maladies, peuvent manquer ou persister un temps plus ou moins long. Dans la pérityphlite primitive, il n'est point rare qu'ils fassent défaut, tandis que dans d'autres formes ils varient, selon que l'affection sera liée à une maladie simple comme la typhlite, générale comme la fièvre typhoïde, ou diathésique comme la tuberculose. La

brusquerie du début aura lieu encore dans les pérityphlites consécutives, dans les cas où la genèse de la pérityphlite aura elle-même été rapide ; les ulcérations, perforations ou gangrène de l'intestin, par exemple. Dans d'autres cas enfin, la pérityphlite est tellement liée à la typhlite, qu'il est pour ainsi dire impossible de séparer les deux maladies, dont la marche est simultanée et le développement inséparable.

Si ces différents symptômes prémonitoires présentent un caractère variable, il n'en n'est pas de même des symptômes de la période d'invasion. Les phénomènes qui nous apparaissent au début de cette période se manifestent d'ordinaire avec une grande intensité, quelle que soit, du reste, la région ou la forme de la pérityphlite. Ces phénomènes, que l'on peut considérer comme constants, sont : de la fièvre, des nausées, des vomissements et une douleur vive et spontanée dans la région iliaque droite ; en un mot, tout un appareil fébrile et douloureux (Dieulafoy). La fièvre est vive d'une façon générale, dans tous les cas où le péritoine est surtout atteint. Cependant, il est rare que la température dans le cours de la maladie dépasse 39° ou 39° et demi, sauf, toutefois, lorsque la péritonite a de la tendance à se généraliser. Le frisson peut manquer ; mais il est parfois aussi d'une grande violence et sa durée varie d'une demi-heure à deux heures. Nous l'avons observé nous-même chez le sujet de notre observation I.

Il est unique dans tous les cas de péritonite, primitive ou secondaire, dans les cas de coïncidence ou de simultanéité de la typhlite ; il est rare dans l'inflammation des diverses couches de tissu cellulaire de la fosse iliaque ; quand il existe, il est petit et se présente sous la forme erratique ; mais, comme cette inflammation est ordinairement sourde, le frisson, quand il apparaîtra, indiquera, au milieu des autres symptômes qui se masquent tout d'abord, plutôt la formation ou la présence du pus que le début de la maladie : il faut surtout ne pas perdre de vue que l'évolution des abcès dans cette région est lente, sauf les cas de communication avec l'intestin ou de septicémie aiguë.

La douleur qui est, pour ainsi dire, le symptôme primordial de la pérityphlite, ne manque jamais ; l'opinion des auteurs à ce sujet est

unanime. Elle apparaît souvent d'une manière brusque dans la fosse iliaque droite, sans que rien puisse la faire prévoir; car, si elle est précédée parfois de quelques jours de malaise, d'alternance de constipation et de diarrhée, elle n'en constitue pas moins le premier phénomène appréciable de la maladie ou, du moins, de son état aigu. Cette douleur varie d'intensité selon les cas: vive et lancinante dans les lésions du péritoine, elle devient parfois intolérable, arrache des cris au malheureux patient; on l'a comparée aux douleurs de l'occlusion intestinale et des coliques néphrétiques ou hépatiques. Nous avons été le témoin de certaines de ces crises, et nous en avons pu constater l'acuité: dans l'une d'elles même, le malade de notre première observation saisit un flacon de laudanum qu'il porta à ses lèvres et avala une quantité très-appreciable du contenu.

Heureusement pour lui, que des vomissements abondants survinrent immédiatement et le forcèrent à rejeter le médicament. Ces douleurs violentes, qui sont l'apanage des affections péritonéales, présentent de nombreuses irradiations dans les régions circonvoisines, notamment dans les aines, le membre inférieur, les lombes; remontent jusqu'au foie, et atteignent la vessie jusqu'à rendre la miction presque impossible.

Il n'en est pas toujours de même: la douleur peut rester sourde, obscure et profonde; elle est alors comparée par les malades eux-mêmes à de simples coliques; ces cas se rencontrent dans les phlegmons iliaques, ou dans ces pelvi-péritonites chroniques qui, sous une influence quelconque, passant momentanément à l'état aigu, se propagent au cœcum.

Dans tous les cas, la douleur s'exaspère par la pression, les quintes ou les efforts de toux, les vomissements et les mouvements du tronc. Le malade ne peut souvent supporter aucun poids sur l'abdomen, même celui des couvertures, et il est parfois impossible, dans les premiers jours, de se rendre compte de l'étendue ou du siège précis des lésions. Le siège de la douleur est dans la fosse iliaque droite; mais il est assez commun, dit Grisolle, de voir les malades rapporter leurs souffrances dans des points plus ou moins éloignés de la fosse iliaque, comme

l'hypogastre, la région inguinale ; la raison en est due, d'après lui, non seulement à des phénomènes sympathiques, mais encore à la pression qu'exerce la tumeur sur les nerfs si nombreux de toute cette partie de l'abdomen. Les irradiations se propagent aussi parfois le long du cordon, lorsqu'il existe des altérations dans les organes génitaux externes pouvant amener une adénite iliaque, les anthrax du périnée, par exemple.

L'attitude des malades est caractéristique ; leur membre inférieur droit est tenu instinctivement dans la demi-flexion ; cette position est, du reste, excellente à ce double point de vue : d'éloigner le plus possible les couvertures et d'amoindrir la compression de la tumeur en relâchant les parois abdominales. La demi-flexion du membre inférieur est conservée par le malade pendant la convalescence, et, dans la marche, il se tient le corps porté en avant ou incliné sur le côté.

Un autre symptôme des plus importants est la présence dans la fosse iliaque d'une tumeur qui existe toujours, qu'il y ait péritonite, phlegmon, coïncidence de typhlite ou tout autre maladie. La nature et la dimension de la tumeur sont variables. Si la typhlite préexiste, ce sera un amas de matières fécales plus ou moins considérable, compliqué de lésions de voisinage. Dans ce cas, la tumeur pourra être facilement circonscrite à la palpation, si la douleur le permet ; on constatera, en outre, qu'elle est immobile et arrondie. Si, toutefois, son volume est considérable, on pourra lui faire subir quelques mouvements de latéralité (Grisolle). Si elle est aplatie, ce sera un signe d'inflammation du tissu cellulaire. On percevra facilement de la rénitence, par suite de la laxité du tissu et de sa constitution lamelleuse ; parfois enfin, sa délimitation sera presque impossible, au moins dans les premiers jours, à cause de la concomitance de plusieurs autres symptômes, tels que les phénomènes de péritonite, météorisme, douleur, etc., et les cas sont fréquents où une délimitation exacte n'a pu être faite qu'au troisième ou quatrième jour (Dance).

Dans presque tous les cas, la tumeur sera indépendante de la paroi

abdominale, qui glissera facilement au-dessus d'elle, à moins que de fausses membranes ne la fixent solidement au cœcum ; mais ces faits sont rares, et c'est plutôt sur les parties latérales de cet organe que les adhérences existent.

Le cœcum lui-même peut être comprimé, dans les états où il n'est pas lésé primitivement, et ce pourra devenir une cause de constipation.

Les nausées et les vomissements présentent moins de fréquence que les symptômes précédents, et cela se conçoit, si l'on considère que ces symptômes relèvent d'un ordre reflexe et appartiennent surtout à la forme péritonéale : ils peuvent néanmoins survenir dans toute autre forme, mais exceptionnellement.

Les nausées et surtout les vomissements acquièrent parfois une grande intensité ; d'ordinaire, ces symptômes sont l'expression, de même que la douleur, du début de la maladie ou du commencement de son état aigu ; mais, la péritonite persistant, c'est alors la règle que les vomissements persistent aussi.

La nature des vomissements est variable ; si l'affection éclate peu de temps après le repas, ils seront alimentaires ; dans tous les autres cas, la présence d'un embarras gastrique ou d'un catarrhe des voies biliaires occasionnera pendant la journée des vomituritions répétées de matières fluides, claires ou plus ou moins verdâtres. Quelquefois une constipation datant de plusieurs jours a pu, au milieu d'autres symptômes simulant l'occlusion intestinale, amener des vomissements fécaloïdes ; mais ces faits sont très-rares.

La constipation alterne avec la diarrhée dans les prodromes qui constituent l'embarras gastrique. Plus tard, l'engouement augmente, mais l'arrêt complet des matières fécales est, comme nous venons de le dire, assez rare pour inspirer des inquiétudes sérieuses. L'engouement peut être plus tôt apparent que réel ; il est dû, soit à l'inflammation du cœcum qui empêche la contraction de ses fibres musculaires, soit à la péritonite qui, de même que l'inflammation de toute séreuse, occasionne la paralysie des organes sous-jacents.

La parésie musculaire habituelle devient la source de douleurs violentes dans les efforts du malade pour aller à la garde-robe, et ce n'est qu'après ces efforts douloureux que celui-ci expulse, soit des calculs ou tout autre corps étranger, soit des matières diarrhéiques ou ovillées.

Ces matières doivent être examinées avec soin. Nous venons de nommer les calculs intestinaux ; leur présence peut devenir caractéristique dans un grand nombre de circonstances ; car il ne faut pas perdre de vue que des accidents de pérityphlite sont dans bien des cas les premiers phénomènes congestifs d'une maladie générale, le rhumatisme ou la goutte ; que, parmi ces phénomènes, l'attention doit se porter de préférence sur les irradiations douloureuses en ceinture dans les hypocondres, sur la teinte subictérique fréquente de la peau, enfin sur la couleur rouge brique foncée des urines, couleur tout à fait hors de proportion avec la fièvre qui n'atteint jamais une température très-élevée. Ces symptômes réunis devront mettre en garde le clinicien et lui faire suspecter une autre affection qui se masque sous la première.

Nous allons maintenant passer en revue les différentes formes de la pérityphlite, en insistant sur cette forme, congestive, passagère, récidivante, en laissant momentanément de côté l'évolution des abcès iliaques dont l'étude doit rentrer dans la forme cellulaire.

Nous admettrons quatre formes principales de pérityphlite : péritonéale, tuberculeuse, cellulaire, mixte, cette dernière de beaucoup la plus fréquente.

La forme péritonéale elle-même peut se subdiviser en deux variétés : congestive et inflammatoire.

Ces deux variétés diffèrent entre elles par leur mode d'origine et leur évolution. La première surtout présente un caractère remarquable par sa brusquerie et par les rapports qu'elle affecte avec le rhumatisme et la goutte. Il y a déjà longues années que le rhumatisme péritonéal a pris rang dans le cadre pathologique, et cependant on a nié jusque dans ces derniers temps son influence dans la production de la

pérityphlite; persuadé qu'on était que celle-ci ne pouvait être que cellulaire.

On avait essayé de diviser la maladie en pérityphlite et paratyphlite; mais on n'avait voulu voir dans cette division qu'une subtilité. Laveran et Tessier admettent cependant le rhumatisme comme cause de la pérityphlite. Jaccoud reconnaît également avec Naumann l'action du froid. Les ouvrages de Grisolles et de Dieulafoy sont muets. Nous avons pu dans nos recherches nous procurer quelques faits qui tendent à démontrer son influence bien manifeste, en tenant compte toutefois de la prédisposition et de la susceptibilité des sujets.

Vulpian, dans les Archives de médecine (1875 tome XXVI), rapporte une longue observation d'un jeune homme qui fut atteint à deux reprises de légères douleurs rhumatoïdes; peu de temps après sa seconde crise, il éprouva les symptômes de pérityphlite, et sa maladie semblait tendre à la guérison, lorsque le malade se refroidit de nouveau, eut une pleurésie qui tourna à la purulence et finalement fut emporté par une infection purulente; la pérityphlite avait suppuré.

Un de nos collègues des hôpitaux a souffert à diverses reprises de douleurs rhumatismales dans le membre supérieur droit; dans le courant de l'année 1881, il éprouva quatre crises de pérityphlite; depuis lors, il n'en a plus souffert; mais le rhumatisme a revêtu une troisième forme: notre collègue est atteint d'une angine rhumatismale dont il n'a jamais pu se débarrasser.

Trélat cite l'exemple d'un garçon lymphatique de vingt-cinq ans, ayant déjà eu une pérityphlite dont la durée n'excéda pas trois semaines, et qui, après une nuit passée dans un logement froid et humide, eut une récurrence, à la suite de laquelle on fut obligé d'ouvrir une collection purulente qui s'était formée.

Mais un exemple plus remarquable à tous les points de vue est celui rapporté par Graves, dans ses leçons cliniques. Il s'agit d'un homme atteint de rhumatisme et de goutte, dont chaque crise de pérityphlite était constamment précédée d'un accès de goutte aux pieds.

Nous citons une partie de cette observation, celle qui a trait à cet accident dont la constance était frappante :

« Au mois de septembre 1833, c'est-à-dire un mois après la suppression subite du dernier accès, M... était pris de coliques violentes avec constipation opiniâtre. La douleur était très-vive, et néanmoins le malade souffrait plus de l'agitation générale dans laquelle il se trouvait (agitation au delà de toute croyance, disait-il) que de la douleur elle-même. Il était, en outre, tourmenté par le hoquet, et, après la fin de sa colique, il devint jaune. En janvier 1834, nouvelle colique précédée d'un accès dont je ne puis préciser les caractères. A partir de ce moment, ces paroxysmes de douleurs abdominales devinrent très-fréquents, Voici la description que m'en a donnée le docteur Lewelyn Jones jeune, médecin de M... :

» Le malade est pris tout d'un coup d'une douleur sourde et fixe dans la région du côlon ; cette douleur n'est pas augmentée par la pression ; elle est accompagnée de nausées, parfois de vomissements, et, dans tous les cas, d'une constipation opiniâtre. Ces phénomènes amènent une agitation et une anxiété accablantes ; j'ai vu un de ces accès durer trois jours et trois nuits ; c'est seulement au bout de ce temps que je réussis à rétablir les selles ; le soulagement est immédiat. Le pouls ne s'accélère pas et reste naturel ; mais, si l'attaque se prolonge, il devient faible. Le malade n'a jamais de fièvre ; il ne présente aucun signe d'inflammation abdominale ; les paroxysmes sont constamment précédés d'un accès de goutte aux pieds. Les choses restèrent en cet état jusqu'au mois d'août 1835 ; les doigts furent alors atteints d'un tremblement très-marqué, etc. »

Dans ce cas, la pérityphlite est demeurée à l'état congestif, et cet exemple est remarquable à ce point de vue, qu'il démontre la métastase possible du rhumatisme sur le péritoine. L'opinion que la métastase laiteuse pouvait s'opérer sur le tissu cellulaire avait déjà été avancée par Levret et Puzos, ainsi que par d'autres accoucheurs. Grisolle réfute leur opinion ; toutefois, en discutant les faits, il est amené à reconnaître, tout au moins, la coïncidence du phlegmon iliaque et de

l'époque de la révolution laiteuse ; il prétend cependant qu'on ne peut rien conclure de l'activité plus ou moins grande de la sécrétion. Nous émettrons timidement l'idée que, dans certains cas, le rhumatisme peut porter brusquement son action, non sur le cœur, comme dans l'affection aiguë, mais bien sur la portion du péritoine qui tapisse le côté droit de la cavité abdominale. Par son atteinte brusque, la pérityphlite pourra paraître alors spontanée, d'autant plus que de légères douleurs rhumatoïdes sembleraient ne pas être une cause suffisante dans la pathogénie de l'affection ; mais plusieurs symptômes devront mettre sur la voie du diagnostic étiologique ; l'agitation extrême, le subdelirium, l'urine rouge brique foncée, une teinte subictérique de la peau, la présence de concrétions dans les feces, feront songer, en un mot, à la diathèse urique, à la goutte, au rhumatisme. Il est, en effet, d'autres métastases qui ont peut-être moins encore leur raison d'être et qu'on n'a pu s'expliquer convenablement jusqu'à ce jour, par exemple : les oreillons survenant après une orchite, et réciproquement. Dans le cas qui nous occupe, du moins l'analogie de tissu qui existe entre les articulations et l'endocarde existe de même entre les séreuses articulaires et péritonéales.

En résumé, nous croyons avoir démontré que cette forme de pérityphlite procédait avec une allure spéciale ; qu'elle pouvait rester à l'état de congestion ou passer à l'état inflammatoire ; qu'elle était surtout remarquable par ses caractères de généralité et de réaction vive et qu'elle dépendait, le plus souvent, d'une affection diathésique.

Dans cette forme, la pérityphlite peut demeurer à l'état de congestion ; mais elle franchit aisément ce premier degré, pourvu toutefois qu'une cause locale vienne joindre son action à la maladie générale ou à la diathèse. Ainsi, à l'adénite iliaque (observation première), il faudra joindre l'action du froid ; plusieurs crises, en effet, coïncidèrent avec des changements de température, l'action d'un bain ou d'une douche sur l'abdomen. Il est probable, vu la lenteur d'évolution des adénites de cette région, que la pérityphlite aurait avorté sans l'appoint considérable donné par ce facteur nouveau, le froid. La marche géné-

rale de la pérityphlite est, dans ces cas, la même que celle de la forme congestive, toutefois avec des symptômes inflammatoires plus accentués. Enfin, il est d'autres variétés de pérityphlites dues à une cause locale : ulcérations, perforations intestinales, ouvertures d'abcès dans la cavité abdominale. Ces variétés ne sont autres que des péritonites qui ne tardent pas à se généraliser. La symptomatologie est celle des péritonites suraiguës.

Nous ne nous appesantirons pas sur la forme tuberculeuse de la maladie ; nous dirons seulement qu'elle est remarquable par la lenteur de son évolution ; qu'elle est sujette à des poussées congestives correspondant à l'évolution et à la progression des tubercules et qu'elle ne se différencie des précédentes que par sa marche chronique, de la diarrhée persistante et une cachexie particulière des sujets.

La troisième forme, ou forme cellulaire, est celle qui est décrite dans les auteurs sous le nom de phlegmon iliaque, celle qui est visée dans tous les ouvrages sous le nom de pérityphlite. C'est, en effet, la forme de beaucoup la plus fréquente, presque la seule admise jusqu'à ce jour ; dans tous les cas, la mieux étudiée.

Ces phlegmons reconnaissent une origine multiple ; souvent ils prennent naissance à la suite de la gangrène ou d'une ulcération du cœcum ; c'est là la cause la plus évidente et la plus rationnelle de la pérityphlite ; il ne faudrait pas croire toutefois qu'une phlegmasie suraiguë soit fréquente à la suite des épanchements consécutifs aux lésions du gros intestin ; les abcès stercoraux sont en effet assez rares ; quand ils se produisent, ils amènent rapidement la mort. Comme preuve, M. Gouronnec cite dans sa thèse (Paris 1880) 18 observations de pérityphlite consécutives à une lésion intestinale dans le cours d'une fièvre typhoïde et il ne semble pas, d'après ses conclusions, que cette complication soit un accident bien redoutable.

Cependant la marche de la pérityphlite est dans ce cas toujours longue ; le tissu s'enflamme, suppure, parfois se gangrène ; l'abcès produit des décollements considérables et finalement vient se vider ou dans l'intestin, ce qui est la terminaison la plus favorable, ou dans le

péritoine et, dans ce cas, la péritonite amène rapidement la mort ; ou bien décolle le péritoine pariétal et vient s'ouvrir, après ulcération de la peau, au-dessus du ligament de Fallope. Le foyer communiquant alors avec l'air extérieur, il survient souvent une infection putride, ou toutefois une fistule cutanée qui persiste indéfiniment (Trélat). Dans notre observation V nous rapportons un exemple analogue. On a vu également ces abcès s'ouvrir dans le vagin, dans la vessie (Grisolle), ce qui ne les empêche pas de s'être déjà en partie vidés dans l'intestin. Le pus peut également se frayer une route dans le membre inférieur droit en passant au-dessous de l'arcade. C'est heureusement une complication des plus rares, et qui entraîne après elle des accidents formidables, tels que inflammation de l'articulation coxo-fémorale, phlegmon de la cuisse, fusées purulentes, etc.

Mais, pour qu'une pareille complication soit possible, il faut qu'il y ait destruction de l'aponévrose du muscle iliaque, et que l'inflammation gagne le tissu cellulaire de ce muscle ; le pus suit alors la gaine du psoas et cause les accidents que nous énumérons ci-dessus. M. Aubry, dans les Archives de 1843, et Grisolle en 1847 ont rapporté, le premier un fait, le second deux faits où la capsule fibreuse de l'articulation fut détruite ; la tête du fémur sortit de la cavité catyloïde et le membre inférieur fut porté dans la rotation en dehors, position qu'on ne pouvait modifier qu'au prix de douleurs atroces.

Enfin la laxité du tissu cellulaire périnéphrétique permet de supposer que le pus peut fuser vers le rein et même vers le foie.

Les symptômes à cette période présentent quelque variété. Quand la suppuration s'établit, on constate l'instantanéité et l'acuité de la péritonite aiguë dans les abcès stercoraux. Dans les autres cas, elle s'annonce par une série de petits frissons, avec exaspération vespérale, des sueurs, de l'agitation, de la soif, des élancements dans la partie phlogosée qui augmente encore de volume. A ce moment, apparaissent ou redoublent les nausées et les vomissements. La constipation devient en général plus opiniâtre, soit que la tumeur comprime le cœcum, ou que cet organe soit retenu fixement et en quelque sorte

béant par un tissu cellulaire phlogosé, induré, qui ne lui permet que des contractions faibles (Grisolle). Ces symptômes persistent jusqu'à la formation de l'abcès et son issue dans un organe voisin. La fièvre tombe alors et on constate une détente générale.

Nous entendons, par la forme mixte, la maladie caractérisée tout à la fois par les symptômes de la typhlite et de la pérityphlite. Cette variété est presque aussi fréquente que la précédente, et l'on peut même avancer que la typhlite ne persiste guère sans amener des complications, soit du côté de la fosse iliaque, soit du côté du péritoine. C'est par la typhlite, en effet, que débute forcément la maladie dans les affections générales qui produisent des lésions dans le gros intestin, fièvre typhoïde, dysenterie ; par elle qu'apparaissent les accidents dus à la présence dans le cœcum de corps étrangers, accidents débutant par l'irritation et l'inflammation des parois intestinales, se terminant par l'ulcération de ces mêmes parois. Parfois, cependant, la maladie éclate si inopinément et sa marche est si rapide, qu'on ne peut faire la part des symptômes qui reviennent à la typhlite de ceux qui sont le propre de la pérityphlite. Notre observation V est un exemple remarquable de cette complication réciproque, où nous voyons un abcès de la fosse iliaque venir s'ouvrir au-dessus du ligament de Fallope, et, peu après, l'intestin perforé épancher des matières alvines par cette même ouverture. Une observation analogue est rapportée dans les cliniques de Dupuytren (tome III). Dans les deux cas, les deux maladies ont évolué simultanément et séparément.

Cette forme mixte se voit également dans les affections utérines. M. Trastour et M. Gallard en ont publié chacun une observation que nous rapportons dans notre travail. (*Voyez* observ. III et VI.)

Les complications de la pérityphlite sont nombreuses, mais découlent surtout des rapports des tissus et des organes voisins. Les abcès iliaques, notamment, présenteront les symptômes les plus variés, selon que le pus se frayera un passage entre les lames aponévrotiques, remontera le long du cœcum ou perforera un organe du voisinage. La forme péritonéale présentera des différences, selon qu'il existera

seulement de la congestion, une inflammation locale ou générale, ou bien encore un néoplasme. Cependant nous devons ajouter que la pérityphlite affecte rarement une forme quelconque, excepté la forme tuberculeuse, sans présenter les symptômes d'une variété voisine. Ainsi il n'est pas rare de voir un malade ayant une péritonite localisée, et plus tard, lors d'une récurrence, présenter un abcès iliaque et une typhlite en même temps. La pérityphlite présente ces variétés chez M. Gambetta, sur lequel on a pu constater à l'autopsie des adhérences anciennes et les désordres qui ont occasionné sa mort.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes particuliers qui découlent de la présence du pus dans les organes, ni sur cette complication particulière et unique jusqu'ici, rapportée par M. Trastour dans son observation, et dont nous n'avons pu nous expliquer la production. Nous voulons parler de la parotidite suppurée.

Nous allons maintenant passer en revue les diverses observations que nous avons pu recueillir. Quelques-unes de ces observations ont été puisées dans différents ouvrages, notamment dans les journaux de médecine; d'autres nous sont personnelles; ces dernières nous ont semblé intéressantes à faire connaître, car presque toutes reproduisent l'histoire de la pérityphlite primitive, que de récents travaux tendent à élucider chaque jour.

## OBSERVATIONS

---

### Observation I

X., étudiant en médecine, 21 ans, bonne santé habituelle, antécédents constitutionnels ou héréditaires nuls, un peu de lymphatisme peut-être, a souffert dans son enfance, à deux reprises différentes, d'une adénite du creux de l'aisselle gauche et, deux ans après, d'une adénite sous-maxillaire du même côté, et qui après la guérison ont à peine laissé la trace d'une cicatrice punctiforme, quoique la première adénite se soit ouverte spontanément. Ces adénites apparurent sur le sujet à la période de l'adolescence et suppurèrent abondamment pendant huit jours environ. Depuis lors cet étudiant a joui d'une santé excellente et n'a été en proie à aucune autre maladie.

Le 14 septembre 1881, il se sentit dès le matin légèrement indisposé; néanmoins il vaqua à ses occupations habituelles et fit son service à l'hôpital où il était attaché. Vers onze heures et demie, au moment de se mettre à table, il fut pris subitement de vomissements abondants. Peu à près il fut saisi de coliques épouvantables, véritables coliques de miserere, qui lui arrachaient des cris et de véritables hurlements et l'obligèrent pendant près d'une heure à se rouler sur son lit, sans qu'on pût le soulager d'une façon quelconque, ni lui administrer un médicament. A ce même moment, un frisson intense, avec une sensation spéciale de froid, s'empara de lui. Il lui semblait, et nous faisons remarquer qu'il ne perdit pas un seul instant connaissance, il lui semblait, disons-nous, que la chaleur remontait peu à peu des extrémités vers le centre. Cette sensation fut très-nette. Un cataplasme fortement laudanisé ne put être appliqué sur le ventre qu'après quatre ou cinq tentatives.

Une heure après le début de cette crise, le malade put avaler une tasse de thé au rhum et l'entourage profita d'un moment de calme relatif pour lui

apposer des sinapismes aux deux mollets. Le malade s'endormit peu après pendant une heure environ. A son réveil, il ne put pas faire un seul mouvement sans renouveler la douleur; en outre il s'aperçut d'un gonflement inflammatoire des ganglions de l'aîne droite, sympathique d'un petit anthrax au périnée. L'apparition de l'adénite fut simultanée avec celle de l'anthrax. L'anthrax s'ouvrit de lui-même trois ou quatre jours après et l'adénite disparut.

La miction était très douloureuse, et ne pouvait s'effectuer que dans la position accroupie. Le malade ne garda le lit que trois jours après lesquels, et malgré tous les avertissements, il sortit et même reprit son service à l'hôpital. [La marche était très pénible: indépendamment du frottement des habits contre la plaie périnéale, chaque déplacement du membre inférieur droit lui occasionnait, malgré toutes les précautions qu'il s'ingéniait à prendre, une vive douleur dans le côté droit de l'abdomen. Pendant deux septénaires environ, il conserva dans ce point une tumeur qu'on pouvait très-bien saisir, et qui d'abord énorme — elle remontait jusqu'au foie — diminua peu à peu, pour disparaître définitivement. Le cours des matières fécales ne fut pas interrompu. Cependant, sur le conseil de son chef de service, le malade prit des purgatifs à trois reprises différentes qui ne produisirent presque pas d'effet. Au bout d'un mois, il était complètement rétabli.

Vers le 15 novembre de la même année, il eut une rechute qui fut pour lui moins effrayante peut-être dans ses symptômes, mais qui offrit à son observation un caractère nouveau: la prostration. Comme la première fois il avait ressenti dès le matin un malaise indéfinissable; et cependant il avait déjeuné comme à son ordinaire. Immédiatement après le repas, il fut pris à plusieurs reprises de vomissements abondants. Comme la première fois, il garda le lit fort peu de temps et reprit trop tôt son service à l'hôpital. Deux jours ne s'étaient pas écoulés qu'il fut obligé de s'aliter de nouveau: fièvre intense, inappétence complète et, d'un autre côté, immobilisation presque absolue des mouvements; et ce n'était pas, comme au début, par suite des mouvements du bassin occasionnés par la marche, mais bien par suite du météorisme et du ballonnement du ventre consécutif à l'affection; nous avons déjà dit que le cours des matières ne fut jamais interrompu; le nouveau symptôme mit le malade sur la voie du diagnostic. Son caractère s'était fort aigri, et il ne pouvait supporter non seulement qu'on l'examinât et qu'on lui adressât la parole, mais même qu'on se tint auprès de lui ou dans la chambre. Il avait pris l'habitude de relever et fléchir les cuisses sur le bassin et c'est dans cette position, quoiqu'il se tint dans le décubitus dorsal, qu'il pas-

sait des heures dans l'immobilité la plus complète. La miction était toujours très-douloureuse et c'était accroupi que le malade urinait. J'insiste sur ce symptôme, parce que d'abord il ne s'est pas renouvelé dans les crises postérieures et qu'ensuite il permet de supposer qu'il provenait d'une inflammation de la tunique séreuse de la vessie, ou des trailements sur des adhérences néoplasiques anciennes ou récentes occasionnés par les contractions de cet organe. Le malade se rétablit, mais plus lentement que la première fois, d'autant plus que cette récurrence rapprochée l'avait impressionné. On lui recommanda de prendre souvent des bains et de boire à ses repas des eaux minérales laxatives, notamment de l'eau de St-Galmier.

Le premier mai 1880, c'est-à-dire cinq mois après, le lendemain de son retour d'un petit voyage, au milieu de la nuit et du sommeil le plus profond, il se réveilla, comme il racontait, criant et se débattant sur son lit au milieu de douleurs intolérables, aussi fortes que lors de sa première crise. Ces douleurs furent suivies de vomissements répétés et qui ne furent calmés que par une ingestion de sirop de morphine. Cette crise suivit son cours comme les deux précédentes, c'est-à-dire qu'il garda le lit pendant une semaine environ et qu'il éprouva du dégoût pour les aliments et de la difficulté dans la marche pendant une quinzaine. Nous devons ajouter que, cette fois, il fut complètement rétabli, après une abondante diaphorèse qui dura toute une nuit. On lui conseilla l'hydrothérapie et le malade exécuta religieusement cette prescription jusqu'au jour où il fit une troisième rechute, peu d'heures après avoir reçu une douche mixte.

Depuis lors, il a eu trois autres récurrences à des intervalles de temps différents, mais qui présentait ce caractère bizarre : les attaques ont eu lieu ou de deux en deux mois, ou de cinq en cinq mois, ainsi qu'on le verra par les dates :

1° 11 septembre 1880.

2° vers le 15 novembre 1880.

3° 1 mai 1881.

La quatrième eut lieu en septembre 1881, le jour anniversaire de la 1<sup>re</sup> ; la cinquième dans le courant de février 1882 ; la sixième au commencement de juillet ; enfin, la septième également en septembre 1882.

Ces diverses récurrences n'ont présenté aucun symptôme nouveau ; elles ont toutes débuté, sauf la quatrième qui a été la plus courte et relativement la plus légère, par des vomissements et des coliques atroces, suivis d'un état de prostration à peu près complet, durant quarante-huit heures environ ; pendant cette crise de début, la respiration était courte et précipitée et, en

outre de la douleur générale ayant son siège dans l'abdomen, on a pu remarquer un point douloureux spécial siégeant dans la région du foie.

On a toujours constaté la présence d'une tumeur considérable du côté droit qui remontait jusqu'au rebord des fausses côtes. On aurait pu croire à un engorgement du cœcum ; mais nous avons déjà fait remarquer que le malade était toujours allé à la garde-robe ; du reste, maintenant et dans l'intervalle des crises, on peut s'assurer que ce n'est pas le cœcum qui est intéressé ; car, en effet il existe des noyaux résultant soit de membranes de nouvelle formation, soit de l'induration du tissu adipeux.

La fièvre a toujours été intense, mais ne peut être précisée, la température n'ayant jamais été prise. Cependant on a pu en juger par l'intensité de la réaction ; du reste, pendant les deux premiers jours le pouls était à 130 et les urines ont toujours eu une coloration rouge très-marquée. Le malade a souvent présenté une teinte fortement ictérique et son facies le caractère abdominal.

Le traitement, à partir de la troisième crise, a également toujours été le même. Au début potion morphinée, diète absolue même de bouillon que le malade ne pouvait supporter, limonade vineuse et glace. Le lendemain, lavement purgatif, qui n'avait presque pas d'effet, mais qui amenait un soulagement marqué, bouillon et potion morphinée. Vers le quatrième jour, le malade prenait un purgatif, qui le fatiguait beaucoup. Quant aux aliments, il est toujours resté au moins quinze jours soumis à un régime spécial.

La marche est restée douloureuse et pénible pendant un mois environ.

---

## Observation II

Toutes les pérityphlites ne présentent évidemment pas cet appareil alarmant, comme il ressort de l'exposition du cas suivant :

C. François, âgé de 30 ans, entre à l'Hôtel-Dieu St-Jacques, salle Notre-Dame, le 19 janvier 1882, où il occupe le n° 63. Ce malade possède une constitution robuste, et dans ses antécédents nous ne retrouvons qu'une pneumonie et une fièvre typhoïde, par conséquent rien qui puisse nous fournir une indication pour la maladie qui occasionne son entrée à

l'hôpital. Il est ajusteur-mécanicien et travaille depuis un an à l'Arse-  
nal. Il y a huit jours, en se rendant au travail, il ressentit une douleur  
assez vive dans la fosse iliaque droite ; il eut quelques vomissements et de la  
constipation. Avant son entrée à l'hôpital, il a été purgé trois fois et a pris  
des lavements qui ont amené l'expulsion de petits graviers, qui n'étaient  
autres probablement que des calculs biliaires.

A son arrivée dans le service, on constate que la région de la fosse  
iliaque droite est tendue, douloureuse, au point correspondant au cœcum,  
et présente une tumeur un peu diffuse, et que néanmoins on peut  
presque à un certain point délimiter. Il y a induration manifeste, mais ne  
provenant certainement pas d'une inflammation sous-aponévrotique de la fosse  
iliaque, car le malade plie facilement la cuisse sur l'abdomen, par conséquent  
pas de psoïtis.

Cette induration provient probablement d'une inflammation superficielle  
du tissu cellulaire, amenée par l'inflammation du cœcum, occasionnée elle-  
même par la présence de graviers ou calculs biliaires dont il a été parlé plus  
haut.

La douleur étant vive, on fait une injection de chlorhydrate de morphine  
qui la calme. Onction avec onguent napolitain belladonné ; application de cata-  
plasmes. Potion avec cinq centigrammes d'extrait thébaïque. Diète.

Le 20, l'état du malade n'a pas changé. Application de cinq sangsues sur la  
région douloureuse.

Le 21, la douleur a considérablement diminué.

Le 22, la tumeur tend à disparaître. Le malade peut supporter la pression  
faite sur le ventre avec les mains. Etat général meilleur.

Le 26, le malade s'est levé. Le lendemain, il prend de légers aliments.

Le 11 février, le rétablissement est complet et le malade sort de l'hôpital.

Le 2 mars, il éprouve une rechute et rentre à l'Hôtel-Dieu, même service,  
lit n° 32. Il y a un point douloureux dans la région iliaque droite ; mais pas  
de trouble dans les fonctions digestives. Potion gommeuse avec 0,05 d'extrait  
thébaïque. — Onctions avec onguent napolitain belladonné, cataplasmes. —  
Bouillon.

Le 4, on constate la présence d'une tumeur. On applique cinq sangsues.  
Le lendemain, le malade est soulagé.

Les jours suivants, rien de nouveau que la disparition progressive de la  
douleur. Le malade quitte l'hôpital, le 13 mars, parfaitement guéri.

Il a eu depuis une seconde rechute qui a nécessité son retour à l'hôpital.  
Il a présenté les mêmes symptômes et suivi le même traitement. Nous l'avons  
ensuite perdu de vue.

### Observation III

Pérityphlite aiguë ; évacuation spontanée du pus par l'intestin ; parotidite suppurée consécutive ; par M. le Docteur Trastour, professeur de clinique médicale à l'école de médecine de Nantes. (*Semaine médicale* du 4 janvier 1883).

J'ai observé quelques cas de pérityphlite ; autant qu'il m'en souvient, ils se sont tous heureusement terminés. Le plus souvent, le pus s'est ouvert un passage dans le gros intestin, et la guérison a été promptement obtenue.

Le fait suivant, que j'ai observé l'été dernier, a présenté plusieurs particularités assez remarquables et des péripéties assez inquiétantes.

M<sup>me</sup> de X., âgée de 46 ans, a déjà, depuis quelques années, divers troubles de santé qui annoncent la ménopause. Ainsi, elle a eu quelquefois ses règles pendant un mois de suite ; et, en juin 1882, elle avait une suspension menstruelle datant de trois mois.

Très-active, ne se ménageant point, faisant souvent à pied près d'une lieue, le matin pour aller à l'église, elle est prise, le 15 juin, de douleurs dans le ventre. Pendant quelques jours, elle essaie, néanmoins, de rester debout ; mais elle change à chaque instant de position, se couche, se met dans un fauteuil et se relève. Mais, malgré toute son énergie, elle ne peut quitter sa chambre. Comme elle est à la campagne, à une vingtaine de lieues de Nantes, je la vois, pour la première fois, le 20 juin dans la matinée.

Après un examen très-attentif, il m'est facile de constater, autour du cœcum, un empâtement considérable douloureux, dur au toucher. Il y a des nausées, de la constipation, de la fièvre ; les traits sont altérés ; la cuisse droite est instinctivement fléchie.

La malade n'a encore reçu que des soins insignifiants, n'ayant point appelé les médecins de son voisinage : des cataplasmes, des lavements, etc.

La pérityphlite étant évidente, j'ordonne immédiatement une application de douze sangsues *loco dolenti*, le repos le plus complet, les précautions les plus minutieuses, des boissons alimentaires, lait, bouillon, eau rougie. Pour le lendemain, un vésicatoire. Pendant qu'on va chercher les sangsues, un lavement de deux ou trois verres d'eau de guimauve tiède est donné avec lenteur par une personne soigneuse,

Aussitôt, des douleurs violentes se déclarent ; les traits se crispent, la figure

et les extrémités deviennent froides, le ventre se ballonne ; la malade a des nausées et des défaillances ; elle ne peut faire un mouvement ; elle ne peut rendre le lavement qui lui a été donné.

Ces symptômes de péritonisme effrayent d'autant plus l'entourage de la malade, que je venais d'expliquer ce qui pouvait résulter d'imprudences dans les mouvements, le phlegmon péri-cœcal étant adossé au péritoine. On va chercher alors un confrère voisin qui conseille de faire néanmoins l'application de sangsues.

Un soulagement notable se produit ; le lendemain, 20 grammes d'huile de ricin amènent des évacuations alvines.

A ma deuxième visite, le 23, je constate que la tumeur s'est étendue du côté du pubis ; l'empâtement douloureux est vraiment très-considérable. L'état général n'est pas très-mauvais ; mais il y a de l'anxiété, de l'agitation ; le pouls est assez ferme à 96 ; nous conseillons un autre vésicatoire sur la tumeur.

Le 25, la malade est à peu près dans le même état, sauf que la tumeur semble encore avoir grossi. Elle donne même si bien, au dessus du pubis, la sensation de la vessie distendue, que, malgré les urines rendues, je pratique le cathétérisme. Il ne sort que quelques cuillerées d'urine. Je constate, par le toucher vaginal, la proéminence de la tumeur en avant et à droite ; elle semble dure et tendue. Nous prescrivons des onctions d'onguent napolitain belladonné, des cataplasmes, 15 grammes d'huile de ricin pour favoriser les évacuations qui sont toujours difficiles. La malade accuse une certaine pesanteur vers le rectum qui fait espérer l'issue du pus vers ce côté. On soutient le mieux possible les forces par les boissons alimentaires.

Le 1<sup>er</sup> juillet, l'état s'est, enfin, heureusement modifié. Vingt ou trente selles liquides, sanieuses, bilieuses, ont eu lieu depuis l'avant-veille, et il m'est facile de reconnaître le pus dans les matières qui me sont présentées. La tumeur abdominale a bien diminué.

Le 6, la malade est assez bien du côté du ventre ; la douleur, l'empâtement tendent à disparaître ; l'appétit, le sommeil reviennent. Mais une légère douleur est accusée vers la joue droite, au-dessous de l'oreille.

L'idée de la parotidite me venant à la pensée, je prononce le mot. Une vraie parotidite se déclare, en effet ; elle fait horriblement souffrir la malade, entrave son alimentation, empêche son sommeil.

Jusqu'au 20 juillet, la suppuration se fait attendre ; mais, enfin, elle paraît, très-épaisse, très-abondante, dans le conduit auditif, d'abord ; puis, je lui donne issue, le 23 et le 30, par plusieurs points de la joue.

Malgré cet accident grave, la convalescence s'est faite franchement. Outre

les soins locaux, l'iodure de calcium, l'eau de Challes, nous ont aidé à rétablir la malade.

---

#### Observation IV

Nous rapportons maintenant l'observation de M. Gambetta, d'après la *Gazette des Hôpitaux*, du 27 janvier dernier. Nous omettrons la partie qui concerne la blessure qui était, au reste, complètement cicatrisée le 16 décembre.

Le 8 décembre, M. Gambetta s'était plaint d'une distension du ventre par des gaz. Un purgatif lui avait été prescrit pour le lendemain. Les mêmes troubles gastriques, avec du dégoût pour les aliments, se manifestent encore, le lendemain 9 décembre et persistent en s'accroissant encore le dimanche 10. Le malade dit que la veille au soir, en faisant des efforts pour aller à la garde-robe, il a ressenti, subitement, une vive douleur dans le flanc droit. Cette douleur a déterminé de l'insomnie; l'état saburral est plus prononcé, l'appétence est complète.

M. Charcot, qui a vu le malade dans la journée, n'a rien trouvé d'anormal à l'examen du ventre, nulle part d'empatement, seulement un peu de douleur dont le siège est vague, et de la sensibilité sur la paroi inférieure et latérale du thorax du côté droit. Il a été prescrit un lavement purgatif.

Le 11, le visage est légèrement congestionné, la langue blanche et très-saburrale, le dégoût pour les aliments absolu. On prescrit 40 grammes de citrate de magnésie.

Le 12, la purgation de la veille ayant été efficace, la nuit a été bonne, l'appétit est revenu.

Les journées du 13 et du 14 sont bonnes.

Le 15, M. Gambetta se plaint de nouveau d'un malaise abdominal; il a des éructations fréquentes; il a pu, néanmoins, sortir pour la première fois et faire, dans son jardin, une petite promenade de vingt minutes, qui a paru lui faire le plus grand plaisir.

Le 16, le malade avait de nouveau perdu l'appétit, il n'avait presque pas mangé la veille au soir et il avait éprouvé une sensation de chaleur, sans frisson préalable.

Il a dormi toute la nuit. Mais, le matin, il continuait à éprouver le même malaise; il ressent même d'assez violentes coliques et a des renvois incessants. Sa figure est rouge, son ventre un peu tendu. On prescrit un verre d'eau de Pullna pour le lendemain (il en avait déjà pris un la veille), et dans la journée de la limonade tartrique avec de l'eau de Vichy. Il a fait, ce jour-là, une promenade en voiture et se loue du bien-être qu'il a ressenti. Néanmoins les éructations persistent; à six heures, il éprouve une chaleur vive sans frisson, qui augmente dans la soirée. A huit heures du soir, la température, qui jusque-là avait oscillé entre 36° et 37°, n'ayant dépassé ces chiffres que deux ou trois fois seulement, notamment le dimanche 10 décembre, où il avait atteint 37°,5 et 37°,6 le soir, s'est élevée à 39°,6 avec un pouls à 88. M. Lannelongue, prévenu aussitôt, se rendit auprès du malade qu'il trouva en pleine transpiration, ressentant une grande chaleur, le ventre tendu et un peu douloureux à la pression du côté droit. Il prescrit pour la nuit limonade, lait froid et 50 centigr. de sulfate de quinine à la fin de l'accès, et fait prévenir M. Siredey.

Le jour suivant, dimanche 17, la température le matin est à 39°,4, le pouls à 80. M. Siredey constate un empatement douloureux et très-circonscriit dans la fosse iliaque droite, et déclare qu'il croit à l'existence d'une typhlite. Dans l'après-midi, la température était à 39°,5, pouls 80. A huit heures du soir, 39°, pouls 84. Le régime prescrit consiste exclusivement en boissons; limonade tartrique, grogs et bouillons. Le lundi 18, le matin, M. Siredey, appréciant de la même manière l'état local, conseille la continuation du même régime. A six heures, il se produit pour la première fois un frisson assez intense de vingt-cinq minutes de durée, suivi d'une forte impression de chaleur et de quelques efforts de vomissements. La température, qui était le matin à 38°,4, s'élève dans la soirée à 39°,9. A dix heures, survient une abondante transpiration. Il est ordonné 50 centigr. de sulfate de quinine après l'accès et une dose pareille pour le lendemain matin à la première heure.

Le 19, il y a eu dans la nuit un nouveau frisson très-intense d'une demi-heure de durée, suivi d'une forte chaleur, d'une évacuation abondante d'urine et d'une transpiration considérable.

Le ventre est souple, l'exploration de la fosse iliaque droite est facile et peu douloureuse superficiellement; mais dans la partie la plus élevée on sent toujours un empatement profond et douloureux à la pression, de forme allongée et cylindrique; en ce même point la percussion donne une submatité circonscrite. MM. Lannelongue et Siredey persistent dans leur diagnostic de pérityphlite et prescrivent: régime lacté, boissons fraîches, limonade et eau de Vichy; 1 gramme de sulfate de quinine dans la journée. La température, qui était abaissée le matin à 36°,4, est remontée le soir à 39°,9.

Le 20. La veille on a fait examiner les urines, que l'on a trouvées épaisses, de couleur jumentouse et dans lesquelles on constate l'existence d'une certaine quantité d'albumine (1 gram. 42) et de l'indican, qui lui donne sa coloration rouge-jaune; point de glycosé. La température, de 36°2 à huit heures du matin, est à 37° à une heure, à 39°7 à trois heures après un frisson, à 37°5 le soir.

Les frissons et les accès fébriles, auxquels succèdent des rémissions complètes avec retour de la température au degré normal et même un sentiment de bien-être, se répètent assez inégalement les jours suivants, 21 et 22 décembre.

Le 23, M. Charcot, appelé sur le désir de M. Gambetta, confirme, après mûr examen, le diagnostic porté par ses confrères. Actuellement, selon lui, l'affection serait une pérityphlite primitive se propageant sur le côlon. Il ne trouve aucun indice de suppuration, ni œdème, ni fluctuation, ni douleurs spontanées. On décide l'application d'un large vésicatoire qui ne sera laissé en place que trois heures, de manière à ne pas dépasser la rubéfaction, et on prescrit 25 centigrammes de calomel en trois paquets, lait, eau rougie, grogs, bouillons.

Le 24 et le 25, deux nuits bonnes et les journées sans incidents notables. Le soir du 25, on constate que l'empatement est un peu descendu vers l'épine iliaque supérieure et qu'il se prolonge en arrière.

Le 28, consultation entre MM. Charcot, Verneuil, Trélat, Siredey, Gilles, Fieuzal et Lannelongue. Ces médecins, après discussion de toutes les hypothèses possibles, furent unanimement d'accord sur les conclusions suivantes :

Existence de la pérityphlite incontestable; probabilités très-grandes en faveur d'une suppuration autour du gros intestin, dans le tissu cellulo-grasieux sur lequel il repose. Point de collection purulente. Peut-être infiltration de pus: toutes conditions interdisant une intervention chirurgicale, qui serait pleine de périls, sans donner aucun espoir fondé d'un résultat favorable.

Le malade, qui avait pris la veille deux verres d'eau de Pullna, avait eu une évacuation abondante de matières liquides et de gaz. Continuation du régime: lait, vin et groogs.

Le 29, l'expression faciale est calme, mais la langue est sèche, le ballonnement du ventre est toujours prononcé. Il s'est produit depuis la veille un érysipèle couvrant la partie latérale droite de l'abdomen et le tronc du même côté, depuis l'angle inférieur de l'omoplate, jusqu'à la racine de la cuisse, qui est envahie elle-même en arrière. Les ganglions de l'aîne sont douloureux. Potion avec 4 grammes d'extract mou de quinquina, groogs et vin généreux.

Le 30, nuit mauvaise, sommeil interrompu, bouche amère, langue sèche,

la peau moite, le ventre plus souple ; la voix est moins forte, le nombre des respirations s'élève à 34 par minute. Température, 37°7 ; pouls 108, le matin ; le soir, température 38°6, pouls 110.

A quatre heures, une nouvelle consultation a lieu entre MM. Charcot, Verneuil, Trélat, Siredey et Lannelongue ; M. P. Bert était présent. D'un commun accord les consultants reconnaissent que la situation s'est considérablement aggravée et qu'aucune opération n'est indiquée, ni possible ; les seules indications sont relatives à l'état fébrile et au soutien des forces.

Le 31, température 37°, pouls 120, 40 respirations : affaissement, léger délire apparaissant à plusieurs reprises ; hoquet pendant quelques instants ; point de souffrance d'ailleurs. On donne du café, qui est rejeté ; on recommande l'usage du vin de Champagne, de l'eau-de-vie et du rhum.

A une heure de l'après-midi, la physionomie est calme, mais le visage présente une teinte légèrement violacée, la bouche est extrêmement sèche. Vers deux heures, les parties qui sont hors du lit, les mains surtout, deviennent fraîches ; le pouls oscille entre 120 et 140, avec quelques irrégularités de temps en temps. M. Gambetta possède, d'ailleurs, toute sa lucidité et ne se plaint d'aucune souffrance. Dans la soirée, le vin de Champagne ayant été mal toléré, il est recommandé de ne plus employer que le thé au rhum et d'entourer le malade de boules d'eau chaude.

A 10 heures du soir, M. Lannelongue constate que les symptômes alarmants se sont multipliés et aggravés.

M. Gambetta conserve encore sa connaissance et répond un dernier mot à onze heures moins un quart. M. Gambetta rend le dernier soupir, sans secousse, à onze heures cinquante-cinq minutes.

Nous faisons connaître plus haut le résultat de l'autopsie.

La santé de M. Gambetta laissait beaucoup à désirer depuis plus d'un an ; il éprouvait fréquemment des malaises abdominaux dont il lui répugnait de parler, malgré les conseils de ses amis qui le voyaient souffrir. Il lui est arrivé de quitter plusieurs fois les personnes avec lesquelles il se trouvait, ou de se tenir à l'écart d'une conversation, tant la douleur le dominait. Il a parlé lui-même de véritables angoisses d'entrailles qui devenaient fréquentes depuis quelque temps. Enfin, voici à peu près les termes dans lesquels un des internes chargés de le soigner, M. Walter, a rapporté une conversation qu'il a eue avec lui.

Un soir, après dîner, le 9 décembre, M. Gambetta fut pris de douleurs assez pénibles au creux épigastrique, qui furent accompagnées de pyrosis, d'éruptions fréquentes et bientôt de nausées et de vomissements. Il dit que

souvent, après le repas, il éprouvait les mêmes accidents. La constipation, habituelle chez lui, l'obligeait à prendre, de temps en temps, de l'eau de Pullna, etc.

Des considérations nombreuses et des conséquences cliniques pratiques et médico-légales, que l'on pourrait tirer de cette relation, nous n'en voulons retenir ici qu'un petit nombre :

La première, c'est que la blessure et la maladie sont deux faits bien distincts et qui, cependant, ne peuvent et ne doivent pas être complètement dissociés. L'origine de la maladie remontant, manifestement, au-delà de l'époque de la blessure, celle-ci n'est donc pour rien dans sa manifestation, mais il est à peu près impossible de se défendre de l'idée qu'elle a exercé une influence funeste, soit par la commotion organique qu'elle a dû provoquer, soit par le décubitus prolongé et le régime plus ou moins débilitant qu'elle a nécessité et qu'elle a dû hâter une issue fatale qui n'aurait probablement eu lieu que plus tard.

La deuxième conclusion qui ressort de l'examen nécroscopique, c'est la justification de l'avis de la non-intervention chirurgicale qui avait prévalu parmi les consultants et qui paraît même avoir été unanime. L'autopsie a clairement démontré, en effet, que toute intervention eût été, non-seulement inutile, mais nuisible.

## Observation V

(Personnelle)

Le nommé Sou... (Jean-Pierre), âgé de quarante-quatre ans, coiffeur, occupe le n° 13 de la salle Notre-Dame à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, où il est entré le 21 janvier 1878 pour des accidents de péritonite survenus subitement.

Cet homme a mené une vie fort irrégulière, et c'est à la suite d'une nuit d'orgie que, fortement échauffé et le corps en sueur, il but à même de l'eau glacée à une fontaine publique. Rentré chez lui, il ne tarda pas à éprouver un frisson intense, de violentes coliques et d'abondants vomissements. Le lendemain, il se fit transporter à l'hôpital.

Nous le trouvons en proie à une fièvre violente. Son facies est fortement coloré, vultueux. La palpation du ventre ne peut être faite que très-incom-

plètement, la douleur étant des plus violentes. Les vomissements ont continué à plusieurs reprises dans la journée. Le malade ne peut rien supporter. L'inappétence, d'ailleurs, est complète et la soif des plus vives.

Application de dix sangsues sur le ventre. Bouillon, limonade vineuse, 10 centigr. d'extrait thébaïque. Le malade ne tarde pas à être soulagé, et les vomissements cessent dans la nuit.

Le lendemain, on peut constater un empâtement considérable de toute la fosse iliaque droite ; cet empâtement s'étend jusqu'au rebord des fausses côtes. La constipation, apparue dès le début de l'affection, est combattue par l'administration d'un lavement purgatif dont l'effet est à peu près nul.

25 janvier. — On éprouve la sensation d'une crépitation sous la peau de la paroi abdominale. On ne tarde pas à avoir l'assurance de la présence d'un abcès dans la fosse iliaque.

Le 28, on constate la présence d'un point rougeâtre assez étendu, à trois ou quatre centimètres au-dessus du ligament de Fallope. Deux jours après, l'abcès s'ouvrit spontanément après une perforation de la paroi abdominale, et on ne fut pas peu étonné de l'odeur et de la couleur particulières du pus qui sortit par la plaie. On eut bientôt la raison de cette anomalie ; car, dès le lendemain des matières fécales s'écoulèrent par l'ouverture. Il est probable, d'après ce fait, que l'inflammation avait atteint simultanément le péritoine et le tissu cellulaire sous-cutané, ainsi que le cœcum ; que la présence du pus avait occasionné le sphacèle de la peau en cet endroit, et que des adhérences s'étaient heureusement produites avec assez de rapidité pour permettre à l'abcès de ne pas s'ouvrir dans la cavité péritonéale. Le mécanisme de cette marche du pus nous a paru assez compliqué. Il était, en effet, peu admissible que le pus eût décollé le péritoine cœcal après avoir formé une collection en arrière ; d'un autre côté, la concordance parfaite de l'ouverture de l'abcès à l'extérieur avec la perforation du cœcum et sa communication avec l'extérieur également nous a fort étonné. Il est possible cependant qu'une ulcération existât dans le cœcum par suite d'une inflammation violente et subite ; que des liquides, étant en contact avec la tunique musculaire, en aient occasionné le sphacèle ; que l'inflammation, se propageant à la séreuse, ait amené la production de néo-membranes qui ont pu adhérer facilement et rapidement à la paroi abdominale antérieure et que ces adhérences aient eu assez de force pour résister au décollement du péritoine occasionné par l'infiltration du pus provenant du phlegmon péri et rétro-cœcal.

Les notes que nous avons pu recueillir sur ce malade sont malheureusement incomplètes. Nous savons seulement que sa maladie a été fort longue ; qu'elle

a mis à plusieurs reprises ses jours en danger par des accidents de péritonite répétés ; que son anus contre nature s'est oblitéré et que finalement, dans le courant du mois d'août de la même année on l'évacua à l'hôpital général. Nous l'avons retrouvé à cet hôpital pendant notre internat, en 1880, c'est-à-dire deux ans après. Ce malade se levait très-rarement et suivait un régime spécial, dont tous les herbacés étaient rigoureusement exclus. Il se plaignait de temps en temps de coliques légères et de tiraillements ; mais, à proprement parler, il n'a pas eu de récurrence de péritiphylite. Il pouvait être même considéré comme guéri. Nous avons appris qu'il était définitivement sorti de l'hospice dans le courant de l'année 1881.

---

### Observation VI

(Communiquée par M. Gallard, à la société médicale des hôpitaux, séance du 9 mars 1883.  
— Gazette des hôpitaux, du 13 mars.)

M. Gallard est appelé, le 5 janvier, par M. le docteur Froissy, en consultation auprès d'un malade, qui, disait ce dernier, présentait des accidents de péritonite. En effet, la face était grippée, les yeux excavés, la respiration anhéante, la température de la peau élevée, le pouls petit, serré et fréquent, le ventre très-tendu et douloureux à la pression ; en même temps que du tympanisme, il y avait de l'empatement avec submatité dans la fosse iliaque droite, où la douleur était plus vive que partout ailleurs. Il y avait eu de la constipation et des vomissements.

M. Gallard diagnostiqua une inflammation du cœcum avec propagation de la phlegmasie aux tissus avoisinants et menace de péritonite généralisée. Transport immédiat à l'Hôtel-Dieu ; application de vingt sangsues.

Il s'agissait d'un homme de 44 ans, d'origine italienne, exerçant la profession de fumiste ; sujet vigoureux, doué d'un certain embonpoint et habituellement bien portant.

A 10 ans, il a contracté en Afrique une fièvre intermittente dont il n'a jamais eu de nouvelle atteinte depuis qu'il a quitté ce pays. A 18 ans, il eut des accidents analogues à ceux qu'il présente aujourd'hui, accidents qui durèrent environ quinze jours, nécessitèrent une application de sangsues et disparurent complètement. Il eut une variole en 1870.

Dès le commencement de décembre 1882, il eut quelques troubles digestifs, de l'inappétence, de la constipation. Le 4<sup>er</sup> janvier, sans le moindre excès ni la moindre fatigue, il fut pris dans la nuit d'une douleur extrêmement vive dans la fosse iliaque droite, douleur qui a persisté depuis. L'état alla en s'aggravant jusqu'au jour où il entra à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Gallard, et où fut appliquée la médication dont nous avons parlé plus haut. Le lendemain, le 7 janvier, la constipation persiste, mais les vomissements ont cessé. La température est normale. Purgatifs salins, cataplasmes, bouillon. Le 8, au matin, température 39°5, douleur plus vive dans la fosse iliaque, nouvelle application de vingt sangsues ; le soir la température est tombée à 37°6. Le 9, température 38°8, pouls 84. Langue saburrale, ventre moins sensible ; dans la fosse iliaque, tuméfaction circonscrite qui semble siéger autour du cœcum. 75 centigrammes de calomel, qui provoquent trois selles liquides ; cataplasmes. Le 10, température 37°2, ventre plus souple, moins douloureux, selles liquides.

L'amélioration se maintient les jours suivants ; la constipation cesse, l'em-patement disparaît. Le 15, l'appétit revient ; alimentation par la viande. La guérison paraît définitive. Le 23, de nouvelles douleurs apparaissent dans la fosse iliaque ; constipation, 30 grammes d'huile de ricin. Le 25, inappétence, langue saburrale ; quelques douleurs et de la tension du ventre ; vésicatoire. Les jours suivants, amélioration. Le 31, le malade paraît de nouveau en voie de guérison. Tous les matins, eau de Sedlitz, régime sévère. Le malade quitte l'hôpital, le 15 février, en très bonne santé.

M. Gallard signale particulièrement dans ce fait l'intensité des accidents qui se sont produits d'une façon insidieuse chez un individu exceptionnellement vigoureux, que rien ne semblait y prédisposer, si ce n'est une première atteinte remontant à 26 ans, d'une maladie toute semblable, guérie par le même traitement. L'efficacité de ce traitement énergique ne saurait être contestée. C'est seulement après ces deux applications successives de vingt sangsues chacune et l'administration de plusieurs purgatifs, qu'on a pu considérer la guérison comme acquise. Encore a-t-il fallu lutter pendant plusieurs semaines, à l'aide de nombreux purgatifs, d'un vésicatoire et surtout d'un régime très sévère, qui a demandé une grande surveillance.

---

## Observation VII

(Personnelle)

Le nommé B... (Pascal), âgé de 56 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, salle Notre-Dame, n° 60, le 22 avril 1883.

C'est un ancien militaire qui s'est livré à des excès alcooliques, et qui exerce actuellement la profession de fontainier de la ville. Les parents sont morts jeunes, mais il ne semble pas qu'il y ait eu jamais dans sa famille d'affections diathésiques.

Il est déjà venu à l'hôpital, il y a trois ans, pour des symptômes de péri-typhlite qui furent traités par des sangsues et des cataplasmes. L'affection eut une marche subaiguë avec exacerbations, et le malade resta deux mois à l'hôpital.

Il y a deux ans, il eut une attaque d'hémorrhagie cérébrale à la suite de laquelle il demeura longtemps paralysé du côté gauche ; il est guéri depuis et ne présente plus que quelques fourmillements et une certaine faiblesse dans les membres de ce côté.

La maladie actuelle a débuté, il y a quinze jours environ, par de l'inappétence, sécheresse de la bouche, légère diarrhée, quelques vomissements et une douleur persistante et spontanée ayant son siège dans la fosse iliaque droite avec exaspération à la pression.

A la palpation, on constate en cet endroit une tumeur qui semble plutôt être l'assemblage de plusieurs petits noyaux plus ou moins arrondis, et dont l'ensemble présente une surface inégale, assez aplatie, mais donnant la sensation de nodosités.

Quelques ganglions existent aux deux aines ; rien dans les membres inférieurs, les organes génitaux externes ou le périnée, qui puisse donner l'éveil. Le malade est amaigri, faible, présente une teinte terreuse de la face ; ces jours derniers, il a eu de la fièvre qui ne semble pas avoir été très-vive : elle est aujourd'hui tombée. Diagnostic probable. Néoplasme dans la fosse iliaque droite. Tubercules ou cancer.

*Traitement.* — Décoction blanche avec sous-nitrate de bismuth pour la diarrhée. Vésicatoire *loco dolenti*. Diète lactée.

La marche de l'affection a été rapide. A mesure que la tumeur diminuait de volume, il était sans doute permis de constater les inégalités de sa surface ; cependant rien dans les symptômes généraux ne pouvait autoriser à faire croire d'une façon absolue à la présence de néoplasmes dans la fosse iliaque. Les poumons ont été auscultés avec le plus grand soin, et rien qu'une certaine obscurité de son, signe d'une congestion pulmonaire légère, n'a pu être constaté.

Huit jours ne s'étaient pas écoulés, et le malade étant toujours en observation, nous avons pu nous apercevoir que notre premier diagnostic était exact. Sa rechute a été rapide, et la marche subaiguë de l'affection, l'inappétence et la diarrhée persistante, les noyaux de la fosse iliaque, qui roulaient manifestement sous nos doigts, son facies cachectique, tous ces symptômes sont venus confirmer le diagnostic et nous faire supposer qu'une diathèse évoluait sourdement. Nous avons reçu la confirmation de cette idée. Peu de jours après, des craquements apparaissent aux sommets des deux poumons. En outre, sa diarrhée, que ni le régime lacté, ni l'opium, ni le bismuth n'ont pu vaincre, nous porte à croire qu'il existe un néoplasme dans l'intestin.

En ce moment, fin juin, l'état du malade est des plus mauvais.

Dans le courant de juillet, nous avons dû nous absenter de l'Hôtel-Dieu, et voici ce que nous avons recueilli, de la bouche même de notre chef de service M. le professeur Bonnemaison :

La fluctuation étant devenue évidente dans la fosse iliaque droite, on a pratiqué une ponction dans cette région ; à la suite de cette ponction on a recueilli environ un demi-verre de pus. Le lendemain, on a constaté l'épanchement de matières fécales au dehors : il était évident que le cœcum avait subi une perforation.

Le malade continua à s'affaiblir à vue d'œil, et mourut le 20 du même mois.

A l'autopsie, on a constaté la présence d'adhérences sur les côtés du cœcum ; en outre, il existait deux petites ulcérations sur les parois de cet organe ; une collection purulente considérable stagnait dans la fosse iliaque. Enfin la lésion primordiale consistait en noyaux indurés, squirrheux, ayant leur siège dans l'épaisseur de l'intestin grêle à sa terminaison. La valvule iléo-cœcale était également indurée et fermait d'une façon presque absolue le passage aux matières intestinales.

---

### Observation VIII

(Personnelle)

Auguste E..., 17 ans, marchand de chevaux, fut pris, le 27 mai 1882, deux heures environ après son repas du soir, d'une douleur très-vive dans la fosse iliaque droite, douleur qui s'irradiait dans l'hypochondre droit et la région sus-pubienne; dans la nuit, le malade fut agité et eut quelques vomissements.

Le 28 et le 29, les mêmes douleurs persistèrent et rendaient impossible l'émission de l'urine; on fut obligé de vider la vessie avec une sonde.

Le 30, le malade entre à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service de la clinique.

Dix sangsues sont appliquées sur l'abdomen; l'écoulement sanguin est maintenu jusqu'au soir où l'on pratique une friction avec l'onguent napolitain belladonné sur le ventre qui est ensuite recouvert de cataplasmes laudanisés. L'état général du sujet était, le matin, assez mauvais; il souffrait beaucoup; cependant, la douleur étant limitée à la fosse iliaque et à l'hypochondre, rien ne pouvait faire soupçonner ou craindre une péritonite générale. Le cathétérisme ne donna qu'une petite quantité d'urine très-foncée. A la suite de l'application de sangsues, on observa une rémission très-nette dans le symptôme douleur; la rétention d'urine disparut.

Le lendemain, le malade eut du hoquet; quelques vomissements bilieux, qui cessèrent sous l'influence de l'ingestion de fragments de glace et de boissons glacées.

La suite de la médication a consisté en régime lacté, opium, frictions mercurielles belladonnées et cataplasmes.

La fosse iliaque droite et le flanc présentent un peu d'empatement et de la douleur à la pression; il n'y a pas de météorisme; la fièvre est tombée; l'état général est, en somme, satisfaisant.

Sous l'influence de la même médication continuelle jusqu'à ce jour (7 juin), le malade, se croyant guéri, demande à sortir; dans la crainte d'accidents, on lui conseille d'attendre. Il sort quelques jours après ne conservant qu'un peu d'empatement dans la fosse iliaque droite.

#### RÉFLEXIONS

Comme il ressort de la lecture de ces observations, toutes les formes de la pérityphlite ont pu être mises en parallèle dans ce travail. Les observations I, II et IX, sont des exemples de la forme congestive, sujette aux récidives, avec une légère tendance à la péritonite, remarquable surtout par les phénomènes de péritonisme effrayants. La troisième observation est une pérityphlite suppurée, un abcès iliaque évacué par l'intestin. L'observation de M. Gambetta nous est un exemple de la transformation de la pérityphlite en une forme nouvelle. La preuve en est fournie par les adhérences anciennes, signe non équivoque d'une péritonite d'une part, et la présence du pus dans la fosse iliaque et le péritoine, de l'autre.

Dans l'observation suivante, nous voyons une pérityphlite mixte, dont la marche a été des plus remarquables, en ce sens que l'abcès de la fosse iliaque évoluait d'un côté, tandis que l'ulcération du cœcum se faisait à part. Le cas communiqué par M. Gallard à la Société médicale des hôpitaux appartient également à la forme mixte.

Enfin, la dernière observation nous représente une carcinose se démasquant presque subitement après deux crises éloignées de pérityphlite.

---

## CHAPITRE IV

### DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Il est en général facile de reconnaître, dès le début, une pérityphlite en évolution. La brusquerie des symptômes, leur marche rapide, délimitent assez le cadre de la maladie ; mais il est aussi des cas où une affection préexistante locale ou générale masque d'une manière complète les prodromes de la pérityphlite, ou cause des accidents qui semblent lui appartenir en propre. Du reste, il est inutile de faire remarquer que la pérityphlite n'est bien souvent elle-même qu'une complication et que sa marche est alors subordonnée ou modifiée d'après la marche spéciale de la maladie génératrice. Parfois aussi, certaines formes de pérityphlite prêtent par leur origine à une regrettable confusion, notamment dans les abcès iliaques consécutifs à une inflammation chronique d'un organe du petit bassin. Comme nous l'avons dit dans notre chapitre premier, et comme on peut le voir dans l'observation III, ces affections n'exigent pas par leur nature un repos absolu et il n'est que trop fréquent de voir les femmes refuser ou être empêchées par leur position sociale de garder le lit. Il s'ensuit que ces organes, entretenus en quelque sorte par le mouvement dans un état perpétuel d'irritation, passent bientôt sous une influence quelconque à l'état d'inflammation aiguë, qui se propage aux tissus voisins et se termine trop souvent par des abcès iliaques. Les abcès iliaques eux-mêmes ne présentent pas toujours cette marche rapide qui leur permet parfois d'évoluer en cinq ou six jours. En général la marche est subordonnée à l'étiologie ; une typhlite simple occasionnera, par exemple,

une pérityphlite par propagation ; celle-ci aura une marche lente et chronique ; au contraire, que l'on suppose le cas d'une perforation du cœcum, le début sera évidemment brusque ; cette perforation donnera naissance à un abcès ou à une péritonite dont la marche sera rapide. Il est donc fort utile d'établir, si cela est possible, le diagnostic de l'étiologie ; on y puisera, la plupart du temps, les indications du traitement. Dans tous les cas, il faut agir avec d'autant plus de prudence qu'il est une certaine classe de remèdes que les malades emploient d'habitude pour combattre une faiblesse naturelle de leur digestion et dont une des propriétés les plus fâcheuses est de s'accumuler dans l'intestin, de façon à simuler un étranglement ou une stase stercorale. A ce sujet, Graves dans une Etude sur les calculs intestinaux (tome II<sup>me</sup>, leçon LI<sup>me</sup>), rapporte ce qui suit :

« Au commencement de cette leçon, je vous ai parlé des propriétés antacides de la muqueuse. Autrefois ce médicament était beaucoup plus fréquemment employé qu'il ne l'est aujourd'hui et déterminait assez souvent la formation de calculs intestinaux. Pour obvier à cet inconvénient, sir James Murray imagina une préparation à laquelle il donna le nom de magnésie liquide : c'était une solution aqueuse, obtenue au moyen de l'acide carbonique en excès. L'extrême rareté que présentent aujourd'hui les calculs intestinaux magnésiens nous montre que la préparation de sir Murray a atteint son but ; mais je dois vous prévenir que la magnésie fluide elle-même, si l'on en continue longtemps l'usage, peut donner lieu à des enthérolithes. Pour ma part, j'en ai vu deux exemples : l'un, entre autres, chez un médecin de mes amis, homme d'une haute intelligence, qui a bien voulu me communiquer la note suivante.

### Observation IX

Depuis deux ou trois ans, j'avais pris l'habitude de prendre, toutes les fois que j'éprouvais quelque symptôme de dyspepsie, un verre à vin de l'eau magnésienne de sir James Murray, préparée par MM. Thwaites de Sackville-Street ; à cette époque, lorsque je prenais froid ou que j'étais indisposé, je ressentais dans la fosse iliaque droite une douleur qui disparaissait sous l'influence d'un purgatif. Ces accès de douleur devinrent assez fréquents pour nécessiter une application de sangsues. Le dernier a eu lieu, si je me le rappelle bien, en mars 1848. Je ne me sentais pas très-bien et j'étais dans mon cabinet, occupé à lire, lorsque je ressentis tout-à-coup une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite ; j'éprouvais en même temps un sentiment de faiblesse, et, après m'être mis au lit et avoir fait moi-même des applications chaudes sur la région douloureuse, je fis mander le docteur Graves. Mon état était si alarmant que ma femme avait envoyé chercher du secours de tous les côtés ; au bout d'une demi-heure, j'avais autour de moi cinq médecins qui étaient occupés à me faire des fomentations avec de la térébenthine, et, comme ma peau avait été très-ramollie par l'eau chaude, dont je m'étais servi avant leur arrivée, je souffrais de véritables tortures. Bientôt après, on me fit mettre des sangsues et l'on me fit prendre un mélange de térébenthine et d'huile de ricin ; après l'avoir gardé pendant dix heures dans mon estomac, je le rendis. Je passe sur les détails. Lorsque je fus convalescent, le docteur Graves me conseilla de prendre tous les matins une petite cuillerée d'huile de ricin dans du lait chaud ; je le fis pendant quelque temps, et c'est à ce traitement que j'attribue l'expulsion d'un calcul dont la présence n'avait pas été soupçonnée.

Je me préparais à passer en Angleterre, lorsque je ressentis des douleurs que j'attribuais à des hémorroïdes internes ; je fis venir mon regrettable ami, le docteur Houston, qui, après une consultation avec le docteur Beatty (de Merrion-Square), déclara que j'avais une fissure du rectum, et qu'il était urgent de la toucher avec du nitrate d'argent. Je le laissai faire, mais je ne puis vous donner une idée des souffrances que j'éprouvai pendant dix heures consécutives. Des narcotiques que j'avais pris à trois reprises différentes, pour calmer mes douleurs après l'application de caustiques, avaient déter-

miné chez moi une constipation opiniâtre ; ce que voyant, le docteur Houston m'ordonna un purgatif énergique, qui expulsa le corps étranger.

Je m'aperçus, en allant à la selle, que les matières avaient une odeur particulière, ce que j'attribuais à l'ulcération produite par le caustique. J'y regardais néanmoins de plus près, et je vis que j'avais rendu une multitude de corps arrondis et blanchâtres, qui flottaient dans un liquide comme crémeux, d'une odeur toute spéciale ; l'un de ces corps avait la grosseur d'un marron d'Inde dépouillé de ses aiguillons ; je les mis à part dans de l'eau, Il a été analysé par le docteur Aldridge. Je trouvai en outre un grain de raisin parfaitement entier qui avait dû séjourner au moins six mois dans le cœcum ou derrière le calcul, car je me rappelais parfaitement que je n'avais pas mangé de raisins depuis cette époque. J'ai conservé ce fruit dans l'alcool.

Ces renseignements vous intéresseront, je l'espère ; mais voici les faits que je tiens à bien établir :

I. — L'usage de l'eau magnésienne a produit un dépôt qui a séjourné un temps considérable dans le cœcum.

II. — Pendant une maladie très-grave, qui résultait sans nul doute de la présence de ce calcul, j'ai pris, d'après l'avis du docteur Graves, de petites doses d'huile de ricin tous les matins ; je suis convaincu que l'huile a agi mécaniquement en s'introduisant entre les petits agrégats qui constituaient le calcul. Celui-ci fut enfin expulsé sous l'influence du purgatif énergique qui m'avait été ordonné par feu le docteur Houston, alors qu'il me donnait des soins pour une fistule anale.

III. — Depuis lors, je n'ai jamais ressenti aucune douleur dans la région iliaque droite.

IX. — Depuis lors je n'ai pas pris une seule goutte d'eau magnésienne et ne suis point tenté d'y revenir.

« Le professeur Aldridge m'a fait savoir que le calcul était composé de carbonate de magnésie et de quelques débris, végétaux et animaux. »

Nous avons pu nous rendre compte par nous-même des effets de la magnésie dans une circonstance analogue, lors de la deuxième récurrence de pérityphlite chez le sujet de notre 1<sup>re</sup> observation ; cette maladie fut accompagnée de dyspepsie flatulente, et on conseilla au malade de prendre de la magnésie calcinée. Au lieu de faire cesser le météorisme, la magnésie n'eut pour effet que d'augmenter les douleurs, et quelques

jours après, elle fut expulsée dans les feces, en petits grains agglomérés. Cette expulsion donna lieu à du ténesme rectal.

On voit, par ces exemples, combien il est parfois difficile de faire la diagnose, d'autant plus que tous ces corps étrangers, quels qu'ils soient, s'accumulent dans le cœcum, paralysent plus ou moins cet organe, occasionnent à la longue une stase stercorale et, finalement, donnent naissance à tous les symptômes d'une typhlite, accompagnée ou suivie, presque toujours dans ces cas, d'une pérityphlite. De même, dans la colique hépatique, il n'est pas toujours commode d'établir d'emblée un diagnostic. Les symptômes de début sont, en effet, à peu près les mêmes : douleurs violentes avec irradiations, nausées, vomissements, anxiété, ictère, constipation, etc. La nature de la maladie ne peut souvent être déterminée qu'un ou deux jours après le début. Cependant, les caractères tirés de la présence de la tumeur et de la fièvre constitueront des signes différentiels.

Je n'insisterai pas sur l'iléus ; la nature des vomissements et l'odeur qu'ils répandent doivent suffire dans la plupart des cas. Il en est de même de la hernie étranglée ; l'erreur est toutefois difficile : dans la hernie de la lighe blanche ou le pincement d'une portion de l'intestin, il survient, d'habitude, des accidents cholériformes qui pourraient en imposer ; une exploration attentive permettra d'établir en même temps le diagnostic et le traitement.

Il nous reste à parler des tumeurs de la fosse iliaque droite et à mettre au jour leurs caractères différentiels. Le rein, déplacé, peut fort bien simuler une tumeur de ce genre, alors même qu'il ne présente aucune altération. Grisolle, dans son mémoire, signale un cas de ce genre. Si le rein, dans une situation aussi insolite, devient malade, si son tissu s'enflamme et suppure, on pourra croire aisément à l'existence d'un abcès dans le tissu cellulaire, car alors il y a tumeur douloureuse, fluctuation et selles purulentes, dans le cas où le foyer s'ouvre dans le côlon ou le rectum, comme M. Cruveilhier en cite un exemple (Cruveilhier : Anatomie, t. II. — (Grisolle).

L'ovarite peut également simuler un phlegmon de la fosse iliaque

droite. Les caractères de la maladie seront tirés de la mobilité et de l'inégalité de la tumeur, et des mouvements qu'on pourra lui imprimer par le toucher vaginal, par l'intermédiaire de l'utérus.

De même, les péritonites circonscrites, qui peuvent produire des tumeurs appréciables. Grisolle dit que le frisson initial constitue un bon signe, et se fonde, en même temps, sur la rareté de la péritonite idiopathique pour diagnostiquer, presque à coup sûr, un phlegmon iliaque, même dans les cas où l'acuité du phlegmon ne permet pas une exploration attentive. Cependant, il faut remarquer que, dans bien des cas, le péritoine est atteint, soit primitivement, soit secondairement, à un phlegmon iliaque ; que le phlegmon peut même ne pas exister du tout, et que des phénomènes congestifs sur le péritoine péri-cœcal, dus à une métastase rhumatismale, par exemple, constituent à eux seuls la pérityphlite dans une forme que nous avons cherché à établir.

Dans la péritonite chronique, on constatera des tumeurs variables dans leur volume et à surface inégale, formées par des anses intestinales, unies par de fausses membranes. Ces péritonites peuvent constituer une variété de pérityphlite, la pérityphlite tuberculeuse, remarquable par sa longue durée, en rapport avec l'évolution tuberculeuse, par une douleur persistante dans la fosse iliaque, par la déformation du ventre et, surtout, par une diarrhée qui ne peut être combattue efficacement par aucune médication.

Je glisse sur les abcès par congestion dus à une nécrose vertébrale ou une carie de l'os iliaque ; leur indolence et l'absence de réaction en détermineront l'origine. Les abcès chauds de la région, en effet, ont une marche rapide, accompagnés de symptômes généraux caractéristiques : frissons répétés, sueurs, fièvre, inappétence complète, en outre, des phénomènes dus à la compression du cœcum. Ces symptômes disparaissent souvent tout à coup par l'évacuation du pus dans un organe voisin. Nous ajouterons que la présence du pus dans les selles peut facilement être constatée, et que cette terminaison, qui est, comme on le sait, la plus favorable, est, en même temps, le signal de la défervescence. Si le pus a de la tendance à s'ouvrir en chemin,

à travers la paroi abdominale, après avoir décollé le péritoine, on percevra, par la palpation, une crépitation fine, signe certain d'un emphysème sous-cutané.

Les abcès provenant du psoïtis viennent habituellement former une collection au petit trochanter et s'ouvrir en cet endroit.

Le psoïtis, indépendamment des caractères propres aux abcès iliaques, détermine l'immobilité du membre inférieur, la pointe du pied tournée en dehors.

Enfin la typhlite présente des analogies avec le pérityphlite, sans en avoir toutefois les symptômes solennels du début. Parfois même elle est constituée par une simple stase stercorale ne donnant lieu à aucun phénomène réactionnel. Il n'est pas du reste indispensable d'établir un diagnostic absolu, à cause de la corrélation des deux maladies et de leur présence souvent simultanée. La marche de la typhlite simple est loin d'être la même que celle de la pérityphlite. On en jugera par le cas suivant.

---

### Observation X

(Communiquée par M. Lafon, ancien interne à l'asile de Braqueville).

Rose Miscalrol, âgée de 45 ans, à l'asile de Braqueville depuis trois ans, nous est présentée à la visite du 11 juin 1882, avec une tumeur arrondie, dure et assez volumineuse, siégeant dans la fosse iliaque droite. La tumeur est très-bien circonscrite et donne un son mat à la percussion. Cette femme nous dit être constipée depuis déjà quelques jours, et souffrir beaucoup du ventre : La douleur est très-intense à la pression et présente des irradiations vers les lombes et la cuisse. Pas de vomissements.

Il est à remarquer qu'à la simple inspection de l'abdomen, le côté gauche paraît plus volumineux que le côté droit où siége la tumeur.

La femme n'est pas agitée et affirme n'avoir reçu et ne s'être donné aucun coup dans la région douloureuse.

Frictions avec onguent napolitain belladonné.

Le 12, purgation avec 45 gr. de sulfate de soude, excrétion de matières fécales ovillées.

Le 14, la constipation reparaît avec la douleur. Frictions nouvelles. Cataplasmes laudanisés. Régime lacté. Bouillons.

Le 15, lavement émollient. Un demi-verre d'eau d'Hunyadi-Janos pendant trois jours.

Le 16, la tumeur persiste encore, mais un peu moins étendue et moins douloureuse.

Le 25, la tumeur a considérablement diminué de volume.

Le 30, la malade est entièrement guérie.

---

*Pronostic.* — Le pronostic est éminemment variable suivant les formes que revêt la pérityphlite. Les abcès iliaques, toutes choses égales d'ailleurs, doivent être considérés comme très-graves, non seulement par la propagation possible de l'inflammation au péritoine, mais encore et surtout à cause de la perforation des organes dans lesquels se vident les abcès. Les phlegmons à marche rapide, dus principalement au traumatisme, ou à la présence d'un corps ou d'un liquide quelconques, les abcès stercoraux, la péritonite purulente présentent une gravité extrême.

En revanche, la pérityphlite contractée par une congestion ou même une inflammation légère accompagnant la typhlite, offrira un danger moindre, alors même que les symptômes auront été d'une grande violence.

Quant à la terminaison des abcès, le pronostic ne doit pas être le même dans tous les cas. Baglivi le premier et tous les auteurs classiques signalent comme favorable l'ouverture des abcès dans le gros intestin.

La perforation des parois abdominales au contraire présente une certaine gravité, à cause de la lenteur de l'écoulement du pus dont le foyer est presque toujours situé sur un plan inférieur à l'ouverture, à

cause surtout des décollements et des désordres plus ou moins considérables causés par l'inflammation et les fusées purulentes : d'autant plus qu'il est toujours possible, par suite de la communication avec l'air, qu'une infection purulente ou putride vienne compliquer la situation et emporter le sujet. Dans tous les cas, la suppuration est toujours fort longue et la fistule cutanée peut même persister.

L'ouverture simultanée de l'abcès à l'extérieur et dans le tube digestif amène la mort dans la moitié des cas. (Dupuytren.)

Nous n'insisterons pas sur l'irruption du pus dans le péritoine. Une péritonite rapidement mortelle en est la conséquence. Il en est de même de la communication de l'abcès avec la veine cave inférieure ; dans le seul cas qu'on a été appelé à constater, une mort foudroyante s'en est suivie.

De tous les modes d'évacuation du pus, le plus utile serait, d'après Grisolle, celui dans lequel ce liquide se frayerait une issue à travers le vagin par suite de sa situation déclive ; cependant, sur six malades, une d'elles a succombé ; il est probable que dans ce cas le pus avait atteint le péritoine qui tapisse la face postérieure de l'organe.

Dans les observations où on a été appelé à constater la présence de phlegmons, fusées purulentes ou lésions de l'articulation coxo-fémorale, les malades ont été emportés soit par l'infection purulente, soit par la fièvre hectique : de même que dans les cas où un néoplasme évolue à côté de la pérityphlite, la terminaison est toujours fatale.

Si donc le pronostic doit toujours être réservé dans les abcès iliaques, il n'en doit pas être ainsi dans cette pérityphlite primitive à forme congestive que nous nous sommes efforcé d'étudier. Il faut peut-être, comme nous avons eu sujet de le dire dans le courant de notre travail, voir dans cette affection, une forme métastatique d'une maladie éminemment congestive et dont l'action peut s'étendre sur un si grand nombre d'organes.

Nous avons nommé le rhumatisme, et il est assurément remarquable de constater que c'est surtout lorsque le rhumatisme n'a pas épuisé son action sur les tissus qu'il a l'habitude de frapper ; dans les cas où

une douleur fugace a atteint à plusieurs reprises quelques articulations, lorsque, en un mot, cette diathèse ne s'est manifestée que par des phénomènes purement congestifs, qu'on est à même de lui attribuer cette forme de pérityphlite. D'autant plus, qu'une crise quelconque, une sueur abondante par exemple, peut faire momentanément cesser tous les symptômes, comme nous en avons vu un cas. La pérityphlite étant alors congestive, le pronostic est nécessairement favorable. Les récidives se succèdent à des intervalles rapprochés, pendant un certain temps, et finissent par ne plus se renouveler.

En résumé, et quelle que soit la cause de la pérityphlite et la forme qu'elle revêt, il est certains symptômes qui doivent éveiller spécialement l'attention du médecin, à cause de la transformation toujours possible d'une variété dans une autre. Les frissons répétés, des sueurs fréquentes, la douleur persistante, les vomissements incoercibles, un état permanent de subdelirium sont des syndromes de mauvais augure.

L'état de puerpéralité augmentera, à cause de la suppuration fétide qu'elle entraîne avec elle, les chances d'une issue funeste, puisque, dans presque la moitié des cas (7 sur 17, Grisolles), cette complication a amené la mort.

## CHAPITRE V

### TRAITEMENT

Les indications que fournit la pérityphlitz, au point de vue de la médication, sont à peu près les mêmes, malgré les formes variées qu'elle revêt.

Au début, nous avons spécialement à lutter contre deux symptômes qui ne font presque jamais défaut : la douleur et la tuméfaction ; souvent aussi, apparaissent d'emblée un frisson et le vomissement, toutes les fois que le péritoine est atteint par la maladie. Ces divers phénomènes doivent fournir les premières indications.

La douleur, parfois intolérable, qui arrache des cris au patient, sera combattue par les préparations opiacées si nombreuses que nous livre la thérapeutique ; mais, parmi ces préparations, il en est deux qui seront choisies de préférence à toutes les autres : les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine au 0/0 et l'extrait thébaïque en potion.

L'absorption sous-cutanée de morphine présente, en effet, des avantages sur l'absorption intestinale : d'abord, parce qu'elle se produit avec rapidité ; en second lieu, parce que la morphine, en agissant sur la muqueuse de l'estomac, pourrait provoquer ou augmenter les vomissements et serait naturellement rejetée avec eux. Nous en dirons autant du laudanum, qui doit être proscrit au début. Les lavements laudanisés seraient peut-être préférables ; mais ils trouveront plutôt leur indication dans le cours de la maladie ; car ils pourraient produire l'effet contraire, en augmentant la constipation et, par suite, la douleur. Les

cataplasmes laudanisés agissent comme topique et non comme calmant, et seront employés concurremment avec les injections hypodermiques, dans les cas où la douleur ne sera pas violente.

Les vomissements seront traités par la glace, les boissons froides et gazeuses et par une diète absolue.

Les émissions sanguines, conseillées par tous les auteurs, seront mises en usage dans le traitement de la pérityphlite, et de préférence les saignées locales, ventouses scarifiées ou sangsues *loco dolenti*.

La saignée générale ne pourrait en effet agir que sur l'élément fièvre, et dans bien des cas, cet élément peut être négligé, au moins au début ; et dans la forme rhumatismale, au contraire, dont les symptômes primordiaux sont remarquables par leur intensité, la saignée générale serait également nuisible, par suite du caractère anémiant de la diathèse. Par contre, les émissions sanguines locales auront pour effet d'agir en même temps sur la douleur, sur la tuméfaction en diminuant la congestion locale, et sur la fièvre, en abaissant la pression sanguine ; et c'est un fait constant que le traitement antiphlogistique ait abrégé de beaucoup le cours de la maladie, notamment dans les abcès iliaques. L'application de dix à quinze sangsues doit suffire, et selon les cas on arrêtera immédiatement après l'écoulement sanguin, ou bien on le favorisera par des topiques émollients.

Les purgatifs seront rejetés au début ; leur action est du reste insuffisante à vaincre la constipation ; en outre, en provoquant les contractions intestinales, ils augmentent la douleur ; les lavements purgatifs sont préférables, cependant il est souvent utile de ne pas fatiguer inutilement la séreuse péritonéale, en ne les employant qu'un ou deux jours après le début de la maladie.

Nous avons dit que l'usage des émissions sanguines employé au début agissait favorablement sur la durée totale de la maladie, car si malgré l'énergie avec laquelle on peut les employer, l'engorgement avorte rarement, il n'en est pas moins vrai que la suppuration est moins abondante que dans le cas contraire. Nous avons maintenant à combattre le symptôme tumeur ; c'est après la saignée que l'emploi des mé-

dicaments dits résolutifs trouvera son indication. Les onctions d'onguent napolitain belladonné seront répétées chaque jour, sauf les cas de péritonite suraiguë où l'opium à haute dose et la glace doivent seuls être recommandés. C'est encore vers le troisième ou quatrième tour que les lavements purgatifs trouveront leur place et seront réellement utiles en faisant cesser la stase stercorale qui parfois constitue toute la maladie, et en même temps la compression exercée par celle-ci sur la tumeur iliaque.

Si, malgré ces moyens, un abcès vient à se former, la conduite à tenir sera différente, selon que le pus tendra à se frayer une issue vers la peau ou dans un organe voisin. L'abcès devenu sous-cutané, et la fluctuation bien établie, nous croyons que la prudence exige l'ouverture artificielle par l'instrument tranchant et qu'on n'attende pas un décollement plus considérable du péritoine ou des fusées purulentes vers le membre inférieur. En même temps, on tâchera de faire garder au malade le plus longtemps possible la position assise, afin d'assurer au pus un écoulement plus facile. Malheureusement la situation du foyer sur un plan déclive par rapport à l'ouverture extérieure ne favorise pas cet écoulement. Aussi, dans cette circonstance, la suppuration est longue, parfois même une fistule cutanée s'établit (Puzos-Trélat). Si l'abcès est plus profond, il est admissible que le foyer soulève en masse le gros intestin, qui viendra saillir sous la paroi abdominale et en imposer pour la collection purulente elle-même; on s'assurera avec soin, par la percussion et par le phénomène de la fluctuation, qu'il n'en est point ainsi, et pour plus de sûreté on incisera couche par couche jusqu'au péritoine; arrivé à la séreuse, on pourra, s'il n'en existe déjà, attendre que des adhérences s'établissent entre les deux feuillets, ou bien perforer l'abcès à l'aide d'un gros trocart, faire le lavage du foyer au moyen de liquides détersifs et antiseptiques et introduire un drain par la plaie. Mais ce procédé exige des soins très-minutieux de propreté, et une position très-fatigante pour le malade, qui est obligé de se tenir couché sur le ventre; en outre, il offre un réel danger, car il facilite l'entrée du pus dans le péritoine.

Le danger étant plus grand encore si le pus s'échappe à la fois par une ouverture de la paroi abdominale et par l'intestin, on appliquera tous ses soins à tenir la plaie dans la plus extrême propreté, en renouvelant le pansement plusieurs fois par jour.

Mais c'est à l'hygiène qu'il faut surtout s'adresser après la guérison, pour prévenir les récidives. Le péritoine, étant une séreuse naturellement très-sensible, verra sa sensibilité augmenter encore après une inflammation ou même une simple congestion. L'usage de ceintures de flanelle pourra donc être recommandé, afin d'éviter le plus possible toute chance de crise nouvelle. Les bains tièdes, le massage, les laxatifs doux seront tour à tour employés avec avantage ; en revanche, les douches chaudes ou froides peuvent être dangereuses en congestionnant la fosse iliaque ; de même les purgatifs drastiques doivent être rejetés en raison de leur action violente sur l'intestin.

On fera usage, aux repas, d'eaux minérales alcalines et laxatives, telles que « les eaux de Vichy, de Saint-Galmier, de Challes. » L'emploi de ces eaux aura un double but, de ne pas fatiguer l'intestin en facilitant la digestion et de combattre les diathèses qui pourraient amener la production de calculs intestinaux.

---



## CONCLUSION

Nous sommes arrivés au terme de notre travail, dont le but était de démontrer les points suivants :

I. On peut considérer plusieurs formes à la pérityphlite : formes péritonéale, congestive, inflammatoire et diathésique, et forme cellulaire qui comprend les abcès iliaques.

II. Nous rattacherons la forme péritonéale congestive, dite pérityphlite primitive à la diathèse rhumatismale dont elle nous semble être une expression, au moins dans la plupart des cas.

III. Nous nous basons pour confirmer notre assertion sur les deux observations de Graves (Leçons cliniques), sur l'observation de M. Vulpian (Arch. de méd., 1875, tome XXVI), sur l'opinion de Trélat émise dans une leçon à l'hôpital Necker et reproduite dans la *Semaine Médicale* du 13 juillet 1882, enfin, sur le cas si bizarre d'un de mes collègues à l'internat de Toulouse, qui se plaint d'une angine rhumatismale à la suite de quatre atteintes de pérityphlite survenues elles-mêmes après deux ou trois poussées congestives sur les articulations.

---

|                              |                                  |                      |
|------------------------------|----------------------------------|----------------------|
| Vu :                         | Permis d'imprimer :              | Vu, bon à imprimer : |
| <i>Le président censeur,</i> | <i>Le Recteur de l'Académie,</i> | <i>Le Doyen,</i>     |
| GRASSET                      | G. CHANCEL.                      | BENOIT.              |



# QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT REPONDRA VERBALEMENT

(Arrêté du 22 mars 1842.)

## ***Chimie médicale et Pharmacie***

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

## ***Physique médicale***

Détermination de la température d'un lieu.

## ***Botanique et Histoire naturelle médicale***

Donner le caractère des vers intestinaux rubanaires.

## ***Anatomie***

Quelle est la texture du cristallin ?

## ***Anatomie pathologique et Histologie***

De la cellule en général ; de son origine ; son fonctionnement.

## ***Physiologie***

Phénomènes mécaniques de la respiration.

## ***Pathologie médicale ou interne***

Qu'est-ce que le lymphatisme ?

## ***Pathologie externe***

Des abcès métastatiques.

## ***Thérapeutique et Matière médicale***

Des différentes préparations de l'opium.

**Opérations et Appareils**

Des amputations partielles du pied.

**Médecine légale et Toxicologie**

De la superfétation.

**Hygiène**

Des jeux de l'enfant dans leurs rapports avec l'hygiène.

**Accouchements**

La poche des eaux est-elle utile dans les accouchements ?

**Clinique interne**

Caractères cliniques de l'asthme.

**Clinique externe**

Du débridement dans les plaies par armes à feu.

**Clinique des maladies nerveuses et mentales**

Existe-t-il un délire des sens ?

**Titre de la Thèse à soutenir**

De la Pérityphlite.

---

## SERMENT

---

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères, si j'y manque !

---

